

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 128

DE L'ORGANISATION DES SERVICES
D'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

DANS LES

COMMUNES AUTONOMES

(Art. 35 de la loi de 1893).

ROLE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

LE LIBRE CHOIX DU MÉDECIN PAR LE MALADE ASSISTÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Mars 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean MONNIER

Né, le 6 décembre 1888, à Villefranche-sur-Saône (Rhône).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1920

DE L'ORGANISATION DES SERVICES
D'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE
DANS LES
COMMUNES AUTONOMES

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	}	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.		FABRE
Clinique des maladies des enfants.	}	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.		NICOLAS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	}	LEPINE (J.)
Chimie biologique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie.	}	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	}	HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie.	}	MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne	}	X...
Pathologie et Thérapeutiques générales.		POLICARD
Anatomie pathologique	}	DOYON
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée.	}	MOURIQUAND
Médecine légale		PIAVOT
Hygiène	}	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING (F.)
Pharmacologie	}	ETIENNE MARTIN
		COURMONT (P.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires.	ROCHET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	X...,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...,	—

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	FRETIN	SAVY	BONNAMOUR, chargé
COMMANDEUR	LERICHE	FROMENT	des fonctions.
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT id.
LAROYENNE	TAVERNIER	PIÉRY	FAVRE id.
VORON	CADE	COTTE	GRAVIER id.
NOGIER	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER id.
LATARJET	GARIN		

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. Et MARTIN, *Président*; COURMONT, *Assesseur*;
MM. COMMANDEUR, et ROUBIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 128

DE L'ORGANISATION DES SERVICES D'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

DANS LES
COMMUNES AUTONOMES

(Art. 35 de la loi de 1893).

ROLE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE
LE LIBRE CHOIX DU MÉDECIN PAR LE MALADE ASSISTÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Mars 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean MONNIER

Né, le 6 décembre 1888, à Villefranche-sur-Saône (Rhône).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1920



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Docteur de la Faculté de Médecine de Lyon.

A MA MÈRE

A MON ONCLE, LE DOCTEUR PAUL BONNAUD

A LA MÉMOIRE DE MON MEILLEUR AMI,

LE DOCTEUR LÉONCE MAGNIN

Licencié ès sciences naturelles,
Médecin aide-major au 44^e Régiment d'Infanterie,
Décoré de la Croix de guerre,
Mort au Champ d'Honneur!

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

AVANT-PROPOS

Attiré et séduit par l'enseignement médical professionnel de M. le professeur Etienne MARTIN, nous lui avons demandé de bien vouloir nous confier le soin d'étudier l'un des problèmes qui font l'objet de ses préoccupations habituelles, et dont la solution est importante pour l'exercice de la profession médicale.

Nous avons garde d'oublier le souvenir de ses leçons magistrales, où, devant un auditoire empressé et avide de l'entendre, il développait ses idées sur les devoirs et les droits des médecins.

Pour l'honneur qu'il nous a fait en nous inspirant le sujet de notre thèse, et en acceptant de présider à sa soutenance, nous le prions de recevoir l'hommage de toute notre gratitude.

Que nos maîtres de l'Ecole de Médecine de Besançon et de la Faculté de Lyon, trouvent ici l'expression de notre profonde reconnaissance, pour leur enseignement pratique et théorique.

MM. les professeurs et agrégés COURMONT, COMMANDEUR, ROUBIER ont bien voulu accepter de faire partie de notre jury, nous les en remercions très vivement.

Il nous est particulièrement agréable de remercier également, ceux : médecins, professeurs, fonctionnaires, qui nous ont aidé des conseils de leur expérience, et qui ont bien voulu s'intéresser à la rédaction de notre travail : M. le D^r GRANDCLÉMENT, maire de la commune de Villeurbanne, qui a sous son énergique impulsion, fait triompher au Conseil municipal, les principes que nous essayons de défendre ; M. le professeur Emmanuel LÉVY, de la Faculté de Droit, adjoint au maire de Lyon, chargé des services de l'Assistance ; M. le D^r LEVRAT, auteur d'un projet de réorganisation des services médicaux du Bureau de bienfaisance de la ville de Lyon, avec libre choix du médecin, conseiller municipal ; MM les D^{rs} Paul BOUDIN et RINUY, qui ont bien voulu nous communiquer leurs travaux sur le syndicalisme médical et l'assistance médicale gratuite ; enfin, les Maires des communes autonomes que nous avons consultés et qui se sont mis avec empressement à notre disposition, pour nous fournir d'utiles renseignements.

DE L'ORGANISATION DES SERVICES
D'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE
DANS LES
COMMUNES AUTONOMES

INTRODUCTION

LE RÔLE SOCIAL DU MÉDECIN
ET L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL

« Que le médecin s'y prête ou s'y refuse, que le législateur le veuille ou non, les progrès de la science donneront au médecin le rôle principal dans l'organisation future de la société. Nous assistons, dès maintenant, au développement précipité de cette évolution de la médecine publique. »

Ainsi s'exprimait le Dr Toulouse en 1904, dans son ouvrage intitulé : *Conflits intersexuels et sociaux*. Témoin de l'évolution des idées dans un sens largement démocratique, instruit par l'exemple de l'application des lois de 1874 sur la protection des enfants du premier âge, de 1893 sur l'assistance médicale gratuite, de 1898 sur les accidents du travail et les mutualités, et de 1902 sur la protection de la santé publique ; il indiquait que : d'une part, l'œuvre immense de répa-

ration et de justice, à l'égard de ceux qui n'ont pour patrimoine que leur santé et pour moyen d'existence que le salaire dû à leur travail; et, d'autre part, la nécessité de l'application d'un code d'hygiène sociale indéfiniment perfectible, allaient imposer au corps médical, en lui donnant les moyens d'augmenter son action bienfaisante, les devoirs les plus impérieux, mais aussi les charges les plus lourdes.

Au cours de la discussion, au Sénat, du projet de loi sur l'assistance médicale gratuite, rapporté par le Dr Théophile Roussel, discussion à laquelle prirent une part très active le professeur Cornil et le Dr Lesouëf, M. Henri Monod, commissaire du Gouvernement, directeur de l'Assistance publique au Ministère de l'intérieur, faisait la déclaration suivante : « Ah ! messieurs, la générosité des médecins, leur désintéressement sont assurément très grands, ils font un bien immense et nul ne les admire plus que moi. Mais outre qu'il n'est pas juste de demander aux médecins des sacrifices excessifs, le médecin ne peut tout faire. » Il ajoutait peu après : « Aujourd'hui des systèmes très différents d'assistance médicale fonctionnent en France d'une façon satisfaisante. Il en est un, cependant, que l'Administration préférerait peut-être aux autres, si le refus improbable d'un Conseil général obligeait à appliquer l'article 5 de la loi, je veux parler du système appliqué d'abord dans les Landes, et qu'on appelle aujourd'hui le *système Vosgien*. *C'est le système qui assure la liberté du malade dans le choix du médecin, et laisse, d'autre part, au médecin une somme de liberté suffisante.*

C'est ainsi que le mode d'intervention du médecin, ainsi que la rémunération de ses peines dans l'application de la loi furent envisagés, mais non résolus. Les départements et les communes, laissés libres de disposer de lui à leur guise, se gardèrent lui enlever les chaînes dont ils l'avaient chargé, en lui imposant presque partout, et surtout dans les grandes villes, le régime de l'indemnité forfaitaire et de l'investiture officielle réservée au plus petit nombre. On lui accorda l'autorisation d'assister à la confection des listes d'assistance, sans pouvoir d'ailleurs en délibérer.

L'opinion publique s'est habituée à cette idée, que le médecin doit subir comme un devoir inhérent à son rôle les frais de la charité légalement organisée. Comme nous faisons remarquer, récemment, au secrétaire du Bureau de bienfaisance de l'une de nos plus grandes villes de France, que nous ne pouvions plus continuer à supporter les charges à nous imposées par la loi de 1893, il nous fit cette simple réponse : « Qui voulez-vous que ce soit qui les supporte? »

Les Syndicats médicaux se sont émus et leur intervention s'est fait sentir d'une façon efficace, puisque liberté pleine et entière fut accordée, à l'accidenté du travail en 1898, de choisir son médecin, avec obligation, il est vrai, pour celui-ci, de se soumettre à un tarif spécial imposé par la loi. Plusieurs départements et communes consentirent à admettre le libre choix du médecin par le malade assisté, la rémunération à la visite et l'indemnité kilométrique, suivant le système Vosgien.

Mais le législateur légifère avec ardeur. Le 14 juillet

1905 voit voter la loi sur l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes, aux incurables privés de ressources; l'année 1910, la loi sur les retraites ouvrières et l'organisation de l'inspection des écoles. Enfin, les conséquences de la guerre de 1914-1919 imposent la nécessité d'une loi de reconnaissance nationale visant les pensions militaires; elle est votée le 21 mars 1919.

Cette fois le Parlement s'est montré confiant et libéral à l'égard du corps médical, en accordant aux intéressés le droit de se faire assister devant les Commissions par le praticien de leur choix et en introduisant un médecin au sein du Tribunal des pensions.

Au chapitre IX de son *Précis de Déontologie*, M. le professeur Etienne Martin, expose le rôle du médecin dans la Société moderne : « Les lois dites sociales ont ce caractère de vouloir soumettre le médecin à des obligations professionnelles. Le rôle de l'Etat dans l'évolution des sociétés devient chaque jour de plus en plus grand. Les idées de solidarité se sont élargies, elles ont substitué la conception du devoir social aux actes de charité.

« L'augmentation de la population par la protection de l'enfance et la diminution de la mortalité est une question vitale pour une nation. Depuis trente ans a été élaboré en France un code d'Assistance sociale qui se développera encore dans l'avenir. De même que le code du Travail, il crée pour le médecin des situations nouvelles. La médecine professionnelle s'en trouve singulièrement modifiée. »

Or, comment, jeunes docteurs, allons-nous nous comporter devant un appareil législatif aussi complexe ?

Brouardel, au début de son livre sur l'exercice de la médecine, s'inquiétait à juste titre. « Le jeune médecin, écrivait-il, au moment où il vient d'obtenir son diplôme de docteur, se trouve aux prises avec de multiples difficultés, elles lui semblent parfois insurmontables. Il n'est pas alors sans reprocher, souvent avec juste raison, à la Faculté dont il sort, de ne pas l'avoir suffisamment renseigné sur les conditions nouvelles dans lesquelles il lui faudra vivre dans le cours de sa carrière; en fait, il ignore ses droits et ses devoirs. »

S'adressant au futur médecin, le professeur Etienne Martin lui rappelle que : « La connaissance des lois est indispensable au médecin d'aujourd'hui. Les règles de morale qui dictent l'honnêteté, la dignité, la tenue, si bien résumées dans le serment d'Hippocrate, ne constituent qu'une infime partie de la déontologie en face des devoirs du corps médical imposés par un état social nouveau. »

Et plus loin : « Jamais plus qu'à notre époque l'honnêteté des médecins n'a été soumise à une pareille épreuve. D'un côté, le besoin de vivre avec le luxe que commande une situation sociale, un développement des goûts artistiques et des appétits de bien-être qui viennent de l'éducation, du milieu ambiant. De l'autre, des honoraires infimes comme en paient les Sociétés de secours mutuel, l'Assistance médicale gratuite, les accidents du travail de là, la difficulté de boucler un budget.

« De cette situation résultent des compromissions fâcheuses contre lesquelles j'aurai à vous mettre en garde. »

Ainsi, l'étudiant en médecine doit apprendre à connaître, en les analysant attentivement, les lois qui régissent la profession médicale et s'imposent à elle, s'il veut défendre ses droits légitimement acquis. Il doit être pénétré de la beauté et de l'étendue de ses devoirs, s'il ne veut pas faillir.

En réalité, l'enseignement de la Déontologie est aussi vieux que la médecine. Chaque jour les conseils les plus éclairés sont donnés à leurs élèves, par les maîtres chargés de l'enseignement clinique hospitalier. Les livres médicaux classiques sont remplis du souci de guider l'étudiant et le jeune médecin dans l'accomplissement des actes professionnels. Ceux qui appartiennent à des familles médicales n'ont qu'à s'inspirer de l'exemple qui s'offre chaque jour à leurs yeux.

Une lacune restait pourtant à combler : l'étude des lois sociales.

La première chaire de déontologie fut créée à Lyon et confiée à M. le professeur Etienne Martin.

L'effet bienfaisant de cette innovation de la plus haute importance s'est fait rapidement sentir. Le nombre des thèses de médecine professionnelle s'accroît rapidement et montre l'intérêt qui est porté à cet enseignement.

Chargé d'étudier l'organisation des services médicaux d'assistance à domicile des communes autonomes, nous nous sommes livré à une enquête que nous eussions souhaitée plus complète, auprès des maires, des médecins et de nombreuses personnalités que leurs fonctions amènent à s'intéresser à cette question.

Loin de nous la prétention d'avoir épuisé un sujet qui a déjà fait l'objet d'un certain nombre d'études. Les légistes voudront bien pardonner notre maladresse à disputer d'un texte de loi. Nous avons fait de notre mieux.

On nous a reproché de faire aux communes un procès de tendance ; nous nous sommes efforcé au contraire de montrer qu'il ne sera possible d'accorder les parties en présence, que dans une atmosphère conciliatrice. Un régime de confiance doit naître à la suite de concessions réciproques.

Nous avons essayé de rappeler les idées évoquées par notre Maître et dont nous nous sommes efforcé de nous pénétrer. Nous livrons nos réflexions personnelles pour ce qu'elles valent.

La pléthore médicale, les difficultés sans cesse croissantes de l'exercice de la médecine, le renchérissement du coût de la vie, font au médecin une existence parfois difficile. Peu de professions réclament plus d'efforts, de dévouement, de travail et de scrupuleuse honnêteté. Le temps n'est plus où, suivant le précepte d'Hippocrate, nous devons donner gratuitement nos soins à l'indigent. Le devoir d'assistance incombe à la collectivité. Le médecin, s'il est digne de ce nom, trouve à chaque pas l'occasion de faire la charité.

Nous nous proposons de montrer, après beaucoup d'autres, plus qualifiés que nous, que la loi de 1893, si elle consacre un principe excellent, a vieilli dans certaines de ses dispositions.

Les lois qui lui sont postérieures et où il est fait appel à l'intervention du médecin ont inscrit dans

leurs articles le libre choix du médecin par l'intéressé et la suppression de l'indemnité forfaitaire. Trop de liberté, au point de vue de l'Assistance médicale, semble avoir été laissée aux Conseils généraux et aux communes autonomes ; certains en abusent à l'endroit du corps médical.

Les médecins doivent s'unir pour réclamer leurs droits ; mais ils doivent aussi s'inquiéter de parer à la prévention qui existe contre eux, surtout dans les grandes villes, à la suite des agissements louches de praticiens peu scrupuleux.

Les médecins syndiqués doivent s'inspirer des sages conseils que leur donne le Dr Gassot, à propos de leurs légitimes revendications formulées devant les Conseils généraux en ce qui concerne l'Assistance médicale gratuite dans les départements. Il leur recommande de ne pas donner à leurs revendications une allure d'ultimatum à l'égard du Conseil général, mais de choisir l'heure opportune et de marcher avec ténacité plutôt qu'avec violence.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

CHARITÉ ET SOLIDARITÉ

CRÉATION DES BUREAUX DE BIENFAISANCE : LEURS BUTS ¹

« L'avenir nous dira si la Solidarité, qui raisonne, l'emporte sur la Charité qui aime. »
(D^r Henri RENEY.)

Le 17 juillet 1790, La Rochefoucauld-Liancourt écrivait : « Jusqu'ici, l'Assistance a été regardée comme un bienfait; elle n'est qu'un devoir; mais ce devoir ne peut être rempli, que lorsque les secours accordés par la Société sont dirigés vers l'utilité générale..... C'est un devoir impérieux, un devoir commandé par le droit naturel à la Société et auquel elle ne peut jamais manquer². »

Les Etats se sont reposés pendant longtemps sur l'initiative privée, du soin d'assurer, sous toutes ses

¹ Pour la rédaction de ce chapitre, nous avons largement mis à contribution la thèse de droit du D^r Salva, de la Faculté de Paris, 1888.

² Rapport du D^r Dreyfus-Brissac, *Cons. sup. de l'Ass. publique*, fascicule 22, p. 7.

formes, l'assistance aux indigents. L'Eglise s'acquittait en réalité de ce soin. Exerçant sa toute-puissance sur l'âme des foules, par les mandements de ses évêques et la voix de ses prêtres, elle avait fait de la Charité une obligation morale, dont elle usait d'ailleurs, comme d'un puissant levier et la donnait comme un moyen efficace de faire son salut.

Son action bienfaisante fut considérable. Nous lui devons la création des hôpitaux et l'organisation des secours à domicile. Ces œuvres nées et soutenues, grâce aux dons et legs de personnes pieuses et charitables, furent assurées dans leurs fins, par un grand nombre d'ordres religieux.

La Révolution, abolissant les privilèges et renversant toutes les croyances, s'inquiéta de voir s'atténuer les bienfaits des habitudes de charité inscrites à son vaste programme de rénovation sociale, sous la forme d'un droit acquis aux malheureux. Désireuses d'en mieux répartir les charges, ses Assemblées essayèrent de centraliser l'Assistance et de confier à l'Etat le soulagement des pauvres. Cette tentative échoua, faute de ressources suffisantes. Par les lois du 7 frimaire an V et du 28 pluviôse an VIII, elles ordonnèrent la création d'un Bureau de bienfaisance par commune, chargé de distribuer les secours à domicile.

Cette disposition ne fut jamais appliquée et il faut bien reconnaître qu'il n'est pas possible d'obliger les communes à créer administrativement des Bureaux de bienfaisance, dont beaucoup ne pourraient fonctionner faute de ressources. Ils demeurèrent facultatifs par la force des choses. Avant la promulgation de la loi de

1893, 15.000 communes avaient des Bureaux de bienfaisance, et 19.111 représentant 18 millions d'habitants en étaient dépourvues.

La loi de 1893, rendant obligatoire l'Assistance médicale gratuite, créa le Bureau d'assistance, rouage destiné à jouer surtout dans la population des campagnes, visée par le législateur. Rappelons, en passant, qu'il est administré par une Commission formée par les Commissions administratives réunies de l'Hospice et du Bureau de bienfaisance ou par cette dernière seulement quand il n'existe pas d'hospice dans la commune. A défaut d'hospice et de Bureau de bienfaisance, il est régi par la loi du 21 mai 1875 (art. 1 à 5), modifié par la loi du 5 août 1879, et possède, outre les attributions qui lui sont dévolues par la loi de 1893, tous les droits et attributions qui appartiennent aux Bureaux de bienfaisance.

La circulaire du 15 mai 1884 indique que la création d'un Bureau de bienfaisance doit être subordonnée à un décret rendu en Assemblée du Conseil d'Etat (décret du 2 août 1879, art. 7, § 4). Il doit être pourvu d'une dotation d'au moins 50 francs, soit en revenus d'immeubles, soit en rentes sur l'Etat, sans compter les subventions qui peuvent être accordées par les Conseils municipaux et les recettes légalement attribuées aux pauvres, telles que le tiers du produit des concessions de terrains dans les cimetières et le droit établi en faveur des indigents, à l'entrée des spectacles, bals et concerts. (Circulaire du Ministère de l'Intérieur du 3 août 1867.)

Voici la procédure à suivre : le maire de la com-

mune qui désire obtenir un Bureau de bienfaisance adresse, à cet effet, une demande au préfet. Cette demande doit être accompagnée : 1° d'une délibération du Conseil municipal (art. 70, § 4 de la loi de 1884); 2° d'un avis du sous-préfet de l'arrondissement; 3° d'un état des ressources destinées à assurer le fonctionnement du nouvel établissement. Les grandes villes peuvent établir des subdivisions. En cas d'épidémie, d'inondation, les communes qui n'ont pas de Bureau de bienfaisance peuvent en établir de provisoires, afin de permettre une rapide distribution de secours; mais il va de soi que leur existence doit disparaître avec la cause qui l'a provoquée.

ORGANISATION DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Chaque Bureau a à sa tête une Commission administrative, dont la composition a donné lieu à trois systèmes différents : l'un, consacrant exclusivement la prédominance de la commune (loi du 7 frimaire an V); le second, attribuant cette prépondérance à l'Etat; le troisième, faisant une part à peu près égale à ces deux influences. C'est ce dernier que la loi du 5 août 1879, actuellement en vigueur, a consacré définitivement, en abrogeant la loi du 21 mai 1873, qui avait introduit dans les Commissions administratives un ministre des cultes; rien ne s'opposant, d'ailleurs, à ce que ceux-ci soient nommés par le préfet ou délégués par le Conseil municipal, à titre nominatif.

La Commission administrative d'un Bureau de bien-

faisance est actuellement composée : 1° du maire de la commune, président, suppléé par un vice-président, conformément à l'article 3 de la loi de 1873, ou par le plus ancien des membres présents. En cas de décès du maire, la présidence est déférée à l'adjoint faisant fonctions; 2° de deux membres élus par le Conseil municipal, dont l'élection a lieu au scrutin secret, à la majorité absolue des voix. Après deux tours de scrutin, la majorité relative suffit et, en cas de partage, le plus âgé des candidats est élu (art. 4, loi de 1879). Il n'est pas nécessaire que ces deux membres appartiennent au Conseil municipal (circulaire ministérielle du 26 septembre 1879); 3° de quatre autres membres nommés par le préfet.

« Les délégués du Conseil municipal suivent le sort de cette Assemblée quant à la durée de leur mandat; mais en cas de suspension ou de dissolution du Conseil municipal, ce mandat est continué jusqu'au jour de la nomination des délégués par le nouveau Conseil municipal » (art. 1, § 4 de la loi de 1879).

Les membres nommés par le préfet le sont pour quatre ans, renouvelables par quart chaque année, et rééligibles.

Les Administrateurs du Bureau de bienfaisance exercent leur mandat gratuitement.

Comme fonctionnaires publics, dans le sens large du mot, ils tombent sous le coup de l'article 197 du Code pénal; les fautes commises par eux dans l'exercice de leur mandat rendent les Bureaux de bienfaisance responsables vis-à-vis des tiers. Leur révocation peut être prononcée par le Ministre de l'Intérieur.

Receveurs. — La Commission est sans qualité pour payer les dépenses et pour encaisser les sommes dues au Bureau de bienfaisance. Le maniement est confié à un agent spécial qui est, en principe, le receveur municipal. Cependant, si le Bureau de bienfaisance a un revenu minimum et non aléatoire de 60.000 francs, il peut avoir un receveur spécial.

Médecins. — Les Bureaux de bienfaisance *attachent à leur service un ou plusieurs médecins*. Le nombre de ces médecins est fixé par la Commission. Ils sont recrutés généralement par voie de concours : sur titres (Marseille) ; après avoir satisfait à un certain nombre d'épreuves écrites et orales (Lyon). Dans certaines villes, ils peuvent être nommés sans concours par le Préfet ; par la Commission (Grenoble) et par le Maire (Rennes), avec l'approbation préfectorale ?

Des ressources des Bureaux de bienfaisance. — Les Bureaux de bienfaisance étant des *personnes morales distinctes de la commune* ont des ressources propres. Les principaux éléments de ces ressources sont :

- 1° Les revenus des immeubles dont ils sont propriétaires ;
- 2° La part qui leur est attribuée dans le produit des concessions des cimetières ;
- 3° Les arrérages qui leur appartiennent ;
- 4° La taxe des pauvres ;
- 5° Les produits des aumônes, quêtes, tronc, collectes et loteries ;

- 6° Le produit de certaines amendes ;
- 7° Les subventions municipales ;
- 8° Les dons et legs.

De la distribution des secours. — Pour avoir droit au domicile de secours d'un Bureau de bienfaisance, deux conditions sont nécessaires.

Il faut : 1° être indigent et inscrit sur la liste d'assistance ; 2° avoir son domicile de secours dans la commune où fonctionne ce bureau. *Le bureau se renseigne, par tous les moyens en son pouvoir, sur l'état d'indigence de celui qui fait appel à la charité publique.* Il dresse une double liste des pauvres qu'il assiste. La première liste comprend les indigents secourus d'une façon permanente ; sur la seconde figurent les malheureux qui, par suite de circonstances exceptionnelles, sont dans un état d'indigence temporaire ou accidentelle.

Inscriptions d'urgence. — Article 19, loi de 1893 sur l'A. M. C. — « En cas d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions, le Bureau d'assistance peut admettre provisoirement, dans les conditions de l'article 12 de la présente loi, un malade non inscrit sur la liste. En cas d'impossibilité de réunir à temps le Bureau d'assistance, *l'admission peut être prononcée par le maire, qui en rend compte, en comité secret, au Conseil municipal dans sa plus prochaine séance.* »

Dans certaines villes, à Lyon par exemple, où il n'a jamais été dressé de liste d'assistance, les inscriptions se font dans les bureaux auxiliaires des mairies

d'arrondissement, après enquête faite par les distributeurs du Bureau de bienfaisance. Le plus souvent, le certificat d'indigence est délivré d'urgence par le Commissaire de police du quartier.

Contrôle des listes d'assistance. — « La loi de 1893 est une loi décentralisatrice, son pivot est la commune, « cette famille agrandie ». La liste nominative de toutes les personnes privées de ressources (expression plus étendue que celles d'indigents) est dressée tous les ans et révisée-tous les trois mois par le Bureau de bienfaisance (art. 12 et 13).

« *Le médecin ou un délégué des médecins, le receveur municipal et un des répartiteurs, désigné par le préfet, peuvent assister à la séance avec voix consultative.* Mais la liste est ensuite arrêtée par le Conseil municipal en comité secret (art. 14).

« La loi de 1893 prévoit (art. 17) *une Commission cantonale*, à laquelle tout habitant ou contribuable de la commune peut faire appel, en inscription ou en radiation, et statuant *souverainement*.

« Le droit d'appel a été étendu aux préfets, par la loi de finances du 13 avril 1898. » (Dr Rinuy, *Congrès des Praticiens*, 29 mai 1914.)

Le maire doit donner avis aux habitants, par voie d'affiches, du dépôt de la liste au secrétariat de la mairie (art. 14), puis « pendant un délai de vingt jours, à compter du dépôt, les réclamations en inscription et en radiation peuvent être faites par tout habitant ou contribuable de la commune » (art. 16). Son appel vient alors devant une Commission cantonale qui est

composée du sous-préfet, du conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement et du juge de paix du canton.

Commission départementale. — Par décret en date du 28 février 1919, vient d'être constituée une Commission départementale de l'assistance publique et de la bienfaisance privée (il est fait exception pour le département de la Seine). Cette Commission est chargée d'examiner *toutes les questions* qui lui sont soumises pour avis, par le préfet. Il sera fait appel à son concours pour faciliter la coordination des efforts de l'Assistance publique et des œuvres privées.

Elle peut émettre des vœux qui seront transmis au Ministère de l'intérieur et par son intermédiaire au Conseil supérieur (art. 13).

Art. 14. — La Commission départementale d'assistance est composée de quinze membres de l'un ou de l'autre sexe, savoir :

Le préfet, président de droit.

Le maire du chef-lieu, l'inspecteur départemental ; trois membres désignés par le préfet ; trois membres élus par la Commission administrative des établissements publics d'assistance des chefs-lieux d'arrondissement ; trois membres élus par le président des œuvres du département, reconnues d'utilité publique.

Art. 15. — Les pouvoirs des Commissions départementales d'assistance ont une durée de quatre ans. Elles se réunissent deux fois par an, dans le mois qui précède les séances du Conseil supérieur et toutes les fois qu'il plaît au préfet de les convoquer. Elles élisent

annuellement leur bureau, composé avec le préfet, président de droit, de deux vice-présidents et d'un secrétaire.

Attributions de la Commission administrative du Bureau de bienfaisance. — Les Commissions administratives des Bureaux de bienfaisance sont, en principe, dépouillées de tout pouvoir de décision propre. Leurs délibérations sont soumises à la nécessité de l'autorisation administrative. En sont seules dispensées celles relatives aux réparations et aux travaux dont la dépense n'excède pas 2.000 francs (art. 16, Ordonnance de 1821).

L'Assistance médicale gratuite par les Bureaux de bienfaisance des communes autonomes; leur rôle dans l'application de la loi du 15 juillet 1893.

L'article 35 de la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite accorde l'autonomie à certaines communes.

« Les communes ou syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades peuvent être autorisées par une décision spéciale du Ministère de l'intérieur, rendue après avis du Conseil supérieur de l'assistance publique, à avoir une organisation spéciale.

« Ce sont en général les villes où, dès avant la loi, le Bureau de bienfaisance assurait les secours médicaux aux assistés, qui ont obtenu cette autorisation et qui

sont classées sous le nom de *services spéciaux* ou d'*organisations autonomes*. Dans tous ces services autonomes la désignation d'un *médecin unique par circonscription* et la *rémunération à forfait* est la règle.

« Nous n'ajouterons rien à ce que nous avons dit et nous nous contenterons d'affirmer que les indigents des villes ont droit à *la liberté de confiance* comme les indigents des campagnes ¹. »

L'article 35 a été complété par la loi du 17 avril 1906 : « En cas d'urgence, la décision spéciale du Ministre de l'intérieur peut être rendue dans l'intervalles des sessions du Conseil supérieur de l'assistance publique sur l'avis de la section compétente du Conseil. »

Le Conseil supérieur de l'assistance publique a indiqué à quelles conditions il subordonne son avis favorable à l'application de l'article 35 : 1° des mesures doivent être prises pour assurer le bénéfice de l'assistance médicale à tous les malades, y compris les femmes en couches ; 2° les malades privés de ressources doivent recevoir des secours aussi complets que si le règlement était appliqué dans les communes ; 3° ce ne sera pas seulement les soins médicaux à domicile qui doivent être assurés, mais en cas de besoin, l'hospitalisation dans un lieu bien aménagé et comportant l'isolement des contagieux.

« Dans le cas où une commune a, par application de l'article 35, demandé et obtenu l'autorisation de

¹ Etienne Martin, *Précis de Déontologie*, page 158.

posséder un service d'assistance médicale, ce sont les dispositions du règlement spécial relatif à l'organisation de ce service, qui doivent être appliquées, alors même qu'elles seraient contraires au règlement départemental sur l'assistance médicale gratuite. » (Conseil d'Etat, 22 avril 1904.)

Il s'en suit, pour les communes, une conséquence financière : *la perte de la subvention des départements et de l'Etat.*

Voici brièvement résumés les éléments essentiels de la discussion qui eut lieu au Sénat, dans les séances des 10 et 13 mars 1893, sous la présidence de M. Jules Grévy (*Journal Officiel*, débats parlementaires, pages 272 à 274, 278 à 290, 316 et suivantes, année 1893).

M. LE D^r THÉOPHILE ROUSSEL, rapporteur, a la parole. Il montre la nécessité d'imposer l'assistance médicale gratuite dans toute la France et rappelle que notre pays vient en retard sur les autres nations. « La loi faisant ainsi défaut, l'initiative des administrations locales, sous l'impulsion des sentiments d'humanité et du besoin des populations, a créé ces services de médecine dont j'ai parlé et qui existent à peu près partout où les ressources locales ont été suffisantes pour leur création et leur fonctionnement. Aujourd'hui l'expérience a suffisamment parlé pour nous apprendre que, s'il importe d'imposer à tous les départements le minimum indispensable d'assistance médicale, la loi doit laisser à chacun d'eux pleine liberté d'adopter le système, la forme d'assistance la mieux appropriée aux besoins et aux conditions locales.

M. LE D^r LESOUEF. — Il fait remarquer que la loi

s'adresse surtout aux indigents des campagnes. Il estime que la Commission fait avec raison une distinction entre l'assistance médicale dans les villes, et celle qui se pratique dans les campagnes. Il considère l'assistance médicale gratuite comme suffisamment organisée dans les villes où elle est pratiquée dans les hôpitaux et hospices et à domicile par les Bureaux de bienfaisance (dans les conditions que nous avons énumérées plus haut). Puis, l'orateur envisage surtout le *côté financier* de la question, supputant les charges budgétaires que l'application de la loi va entraîner, en se basant sur les renseignements fournis par les départements et communes déjà pourvues de l'assistance médicale gratuite.

Le Dr Lesouëf est fortement soutenu au cours de son argumentation, par le marquis de Beaumanoir, qui critique avec violence l'intromission de l'Etat dans la réglementation des œuvres de charité. Il déclare préférer la charité privée. Il reproche à M. le commissaire du gouvernement Monod, de s'appuyer sur des statistiques, qui ont le tort, comme toutes les statistiques, d'être fausses et de ne pas mettre suffisamment en valeur les cas d'espèce.

M. MONOD, COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. — « De la liberté naîtra l'émulation. C'est pourquoi le projet de loi s'est efforcé de concilier l'obligation de satisfaire au minimum d'exigences que réclame l'intérêt général avec la liberté pour les pouvoirs locaux d'approprier la satisfaction donnée à ce minimum d'exigences, aux habitudes prises. Les habitudes locales, dans les rapports des médecins avec les malades, dans le mode de

nomination des médecins des pauvres, dans le mode de rémunération de ces médecins, ne sont pas les mêmes. L'enquête faite par M. Théophile Roussel, en 1872, a révélé des divergences dont il serait imprudent de ne pas tenir compte. *Il n'est nullement question d'innover, il suffira de s'assurer que l'assistance existe partout. »*

CHAPITRE II

ENQUÊTE SUR L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX DES COMMUNES AUTONOMES

Il existe *officiellement* en France 286 communes, y compris Paris, qui bénéficient de l'article 35 de loi de 1893. Notons, en passant, que certaines d'entre elles attendent encore l'autorisation ministérielle. Ce chiffre nous a été fourni par les services de l'Assistance du Ministère de l'intérieur. M. le Dr Rinuy, dans son rapport présenté au Congrès des Médecins-Praticiens en 1914, signalait, comme provenant de la même source, le chiffre de 348. Il faisait remarquer que le Syndicat des Médecins de l'Aisne indiquait, par exemple : 50 communes autonomes pour ce département, alors que les chiffres officiels en accusaient 22.

M. le professeur Etienne Martin, dans son *Précis de Déontologie*, note 529 communes autonomes en 1902. Réparties sur 63 départements, elles comprenaient une population de plus de 6 millions d'habitants, avec plus de 450.000 indigents et près de 300.000 soignés. Le Conseil supérieur de l'Assistance publique demandait,

en 1896, que l'autorisation de bénéficier de l'article 35 ne soit accordée que « là où il n'était pas possible de donner satisfaction aux communes requérantes par de simples modifications aux règlements départementaux ». C'est là une des raisons pour lesquelles le nombre des communes autonomes va en décroissant. Certaines communes, cependant, viennent d'être érigées en services autonomes par des décrets de date très récente.

Nous avons adressé un questionnaire uniforme aux maires de 100 communes autonomes, comprenant des villes réparties sur tout le territoire de la France. Les unes sont de grandes cités industrielles et commerciales, vers lesquelles monte le flot des émigrants campagnards, des étrangers et des réfugiés chassés de nos régions dévastées et meurtries par la guerre; d'autres, de moyenne importance, ont une population à peu près stable; certaines sont des villes d'eaux; enfin, de toutes petites communes rurales nous ont envoyé des renseignements.

Les réponses nous sont parvenues au nombre de 54. Nous les classerons en deux catégories. Dans la première, nous ferons figurer les communes qui laissent à l'assisté le libre choix de son médecin, généralement rémunéré à la visite; dans la seconde, celles qui sont divisées en secteurs, avec un médecin de circonscription, relevant habituellement du Bureau de bienfaisance ou de la Municipalité, et recevant une indemnité forfaitaire.

Première catégorie, 20 communes. — Pontarlier, Villeurbanne, Rodez, Cognac, Quimper, Draguignan,

Epernay, Aurillac, Saint-Chamond, Montélimar, Carcassonne, Moulins, Fécamp, Dancevoir, Remiremont, Châlons-sur-Marne, Aix-les-Bains, Cholet, Saint-Mandé, Chambéry.

Deuxième catégorie, 31 communes. — Lyon, Marseille, Bordeaux, Lille, Montpellier, Toulouse, Saint-Etienne, Caen, Roubaix, Dijon, Grenoble, Nantes, Bayonne, Besançon, Amiens, Nice, Angoulême, Chalon-sur-Saône, Vienne, Nancy, Vichy, Rennes, Laon, Bar-le-Duc, Saint-Dié, Roanne, Gilley, Dieppe, Arcachon, Rochefort-sur-Mer, Blois, Toul.

Les villes de Gap et Menton, qui nous ont répondu, sont signalées, par erreur, comme étant des communes autonomes, par les services compétents du Ministère de l'intérieur.

En outre, les villes qui n'ont pas encore reçu l'autorisation ministérielle ne figurent certainement pas sur la liste officielle; tel est le cas pour Lyon, Saint-Mandé et Marseille que nous avons consultées, et qui ont pourtant un service autonome d'assistance médicale gratuite.

Nous nous excusons auprès des statisticiens qui rechercheront dans notre travail d'éloquents tableaux. Nos renseignements, pourtant puisés à la source même, nous sont arrivés très incomplets. Les réponses à notre questionnaire nous sont parvenues, pour des raisons diverses, souvent insuffisantes ou entachées d'obscurité, toutes causes d'erreur qui nous ont interdit d'établir des comparaisons numériques. Nos correspondants n'ont pas tous montré la même obligeance à fouiller dans leurs cartons.

Aussi, devons-nous nous contenter de citer quelques exemples typiques sur lesquels nous pourrions nous baser dans nos commentaires. Le lecteur trouvera, d'autre part, deux extraits des règlements des villes de Marseille et Epernay, qui montrent clairement deux tendances et deux esprits.

Nous croyons savoir, d'autre part, qu'un travail important doit paraître sur les services autonomes. Dû à la plume d'un spécialiste très qualifié et très documenté, il apportera à la discussion des arguments autrement frappants et décisifs que ceux que notre médiocre compétence a pu recueillir et présenter.

QUELQUES EXEMPLES

1° *Villes ayant le régime de la circonscription :*

SAINT-ETIENNE, 150.000 habitants. — Autorisation ministérielle accordée en 1915. Service assuré par la ville, indépendamment du Bureau de bienfaisance. Six médecins de circonscriptions recrutés par voie de concours et recevant, depuis 1919, un traitement forfaitaire annuel variant de 2.550 à 4.650 francs, suivant l'importance du service à assurer. Nombre d'assistés au dernier recensement : 4.032. Inscriptions d'urgence : 387 en 1913, 324 en 1919. Visites à domicile : 1.682 en 1913, 7.000 en 1919. Nombre de consultations du dispensaire : 7.600 en 1913, 7.000 en 1919. Frais généraux d'assistance : 70.000 francs en 1913, 118.000 francs en 1919, chiffre qui sera certainement dépassé.

ROCHEFORT-SUR-MER, 35.000 habitants. — Autorisation accordée en 1893. Deux médecins sont désignés à tour de rôle par le Syndicat médical, pour un an; ils se partagent

une somme de 2.500 francs depuis le 1^{er} janvier 1920, 1.700 francs en 1919. Nombre d'assistés : en 1913, 1932; en 1919, 1990. Total des secours médicaux en 1913 : 5.400 francs; en 1919 : 5.100 francs.

GRENOBLE, 100.000 habitants. — Autorisation ministérielle accordée en 1904. Trois médecins assurent le service médical à domicile, et sont nommés, sans concours, par la Commission administrative du Bureau de bienfaisance. Trois circonscriptions. Forfait en 1918 : 1.500 francs, va être révisé. Nombre d'assistés en 1913 : 4.525; en 1919 : 3.870. Il n'y a pas d'inscriptions d'urgence, les bons médicaux sont délivrés à tous les indigents connus, en justifiant de leur indigence. Dépenses totales pour le Bureau de bienfaisance : en 1913 : 244.395 francs; en 1918 : 240.685 francs.

VICHY, habitants. — Autorisation ministérielle accordée en 1899. Deux médecins nommés par la Commission du Bureau de bienfaisance assurent le service de l'A. M. G. à domicile. Forfait en 1919 : 1.500 francs; en 1920 : 2.400 francs. Le nombre des assistés est très variable; le budget du Bureau de bienfaisance permettant d'être très large et de secourir, à titre momentané, un grand nombre de personnes. Les visites se font au Bureau de bienfaisance, sauf dans les cas urgents. Dépenses totales du Bureau de bienfaisance : 12.000 francs en 1913, 15.000 francs en 1919. Nombre de journées d'hospitalisation : 56.837 en 1913, 62.647 en 1919.

CHALON-SUR-SAÔNE, 31.550 habitants. — Autorisation ministérielle accordée en 1899. Un seul médecin assure le service médical du Bureau de bienfaisance. Payé à forfait, 2.400 francs jusqu'en 1913, il touche actuellement 2 fr. 50 par visite à domicile. Nombre de consultations au cabinet ou au Bureau de bienfaisance : 103 en 1919, payées à raison de 5 francs chacune. Nombre de journées d'hospitalisation : 24.726 en 1913, 25.908 en 1919. Nombre d'assistés en 1913 : 680; en 1919 : 430. Dépenses totales du Bureau de bienfaisance : 63.610 francs en 1913, 62.946 francs en 1919.

Nombre de visites à domicile : 1.655 en 1913, 1.268 en 1919. Total des secours médicaux : 6.815 francs en 1913, 3.237 francs en 1919.

BLOIS, 24.000 habitants. — Autorisation ministérielle accordée en 1897. Quatre médecins de circonscription qui se partagent une somme forfaitaire de 3.600 francs, au prorata des visites faites. Nombre d'assistés en 1913 : 1.587, en 1919 : 1.417. Les consultations ont lieu à l'Hôtel-Dieu, sauf en cas d'urgence. Le nombre des ordonnances est évalué à 2.400 environ par an. Dépenses totales du Bureau de bienfaisance : 14.640 francs en 1913, 12.194 francs en 1919.

SAINT-DIÉ, 23.000 habitants. — Autorisation ministérielle accordée en 1898. Un médecin chef du Bureau de bienfaisance qui touche une somme forfaitaire de 2.500 francs, plus un forfait spécial pour les opérations. En cas d'urgence, les indigents choisissent leur médecin. Nombre d'assistés en 1913 : 1.400; en 1919 : 1.350. Inscriptions d'urgence : 60 en 1913, 10 en 1919. Dépenses totales du Bureau de bienfaisance : 5.900 francs en 1913, 60.500 francs en 1919. Nombre de journées d'hospitalisation : 13.000 en 1913, 12.000 en 1919, payées à part.

2° Exemple d'une ville ayant un régime mixte :

ROANNE, 37.000 habitants. — Six médecins, qui sont ceux du Bureau d'hygiène, assurent le service de l'A. M. G. Les visites à domicile sont payées à part, à raison de 3 francs en 1913 et 4 francs en 1919. Pas de forfait. Les médecins sont nommés par le maire. Nombre d'assistés : en 1913, 1.250; en 1919, 1.300. Nombre d'inscriptions d'urgence : 500 en 1913, 650 en 1919. Dépenses totales pour le Bureau de bienfaisance : 58.748 en 1913, 69.792 en 1919. Nombre de visites à domicile : 1.081 en 1913, 1.178 en 1919. Nombre de consultations au Bureau de bienfaisance ou au cabinet : 1.421 en 1913, 1.626 en 1919. Nombre

de journées d'hospitalisation : 31.015 en 1913, 35.109 en 1919.

3^o *Villes ayant le libre choix du médecin par le malade assisté :*

RODEZ, 15.000 habitants. — Autorisation ministérielle en date du 31 octobre 1898. Service géré par le Bureau de bienfaisance. Budget assuré pour moitié, par les Hospices et le Bureau de bienfaisance. Les médecins assurent, à tour de rôle, le service des consultations au dispensaire et visitent à domicile, sur bon délivré par la ville. Libre choix du médecin et rémunération à la visite. Les visites sont payées 1 fr. 50 à domicile et 4 francs au Dispensaire. Nombre d'assistés en 1913 : 1.056; en 1919 : 1.215. Frais d'assistance en 1913 : 11.402 francs.

SAINT-MANDÉ, 20.000 habitants. — Tous les médecins de la commune (onze) donnent leurs soins aux indigents, moyennant une somme forfaitaire de 2.250 francs, répartie par les soins du Syndicat médical. Nombre d'assistés : en 1913, 140; en 1919, 189. Inscriptions d'urgence : 22 en 1913, 50 en 1919. Nombre de visites à domicile : 823 en 1913; de consultations au B. de B. : 647 en 1913. Somme prévue comme devant être allouée aux médecins : en 1920, 4.000 francs. Total des secours médicaux : 6.814 francs en 1913.

VILLEURBANNE, 42.000 habitants. — Libre choix du médecin par le malade assisté. Service assuré par la commune. Dépenses totales d'assistance en 1913 : 13.857 francs. Nombre de visites au cabinet du médecin : 6.447, payées 1 franc; à domicile, 4.872, payées 1 fr. 50. Les médicaments sont délivrés à l'hôpital.

COGNAC, habitants. — Libre choix du médecin par le malade assisté depuis 1893. Rémunération à forfait : 500 francs pour les consultations qui ont lieu une fois par semaine à l'hôtel de ville. Les visites à domicile sont

payées 2 francs. Nombre d'assistés en 1917 : 1.300 ; en 1919 : 700. Inscriptions d'urgence : 30 en 1913, 20 en 1919. Dépenses totales du Bureau de bienfaisance : 8.000 francs en 1913, 18.000 en 1919. Service suspendu actuellement ?

SAINT-CHAMOND, 15.000 habitants. — Autorisation ministérielle accordée en 1899. Libre choix du médecin par le malade assisté depuis 1899, accordé sur l'initiative de la Commission d'assistance. Rémunération à la visite : 1 fr. 50 au cabinet, 3 francs à domicile. Nombre d'assistés : en 1919, 248. Des secours peuvent être accordés à certains indigents dont la situation est susceptible de s'améliorer rapidement. Dépenses totales du Bureau de bienfaisance : 18.338 francs en 1913, 66.932 francs en 1919. Nombre de visites à domicile : 1.108 en 1913, 453 en 1919. Sommes allouées aux médecins : 1.658 francs en 1913, 1.359 francs en 1919. Total des secours médicaux : en 1913, 83.000 francs en 1913, 116.450 francs en 1919.

CARCASSONNE, 30.000 habitants. — Autorisation ministérielle accordée en 1893. Libre choix du médecin par le malade assisté, *rémunération à l'abonnement*. Le taux, en 1919, était de 3 francs par inscrit, et de 6 francs par inscription d'office. En 1920, ces chiffres ont été portés à 6 francs pour la première catégorie et à 12 francs pour la seconde. Tous les médecins de la ville qui en font la demande sont admis à donner leurs soins aux assistés. Les indigents peuvent changer de médecin, chaque année, au moment de la revision des listes d'assistance. Nombre d'assistés en 1913 : 3.552 ; en 1919 : 3.734. Inscriptions d'urgence : 715 en 1913, 830 en 1919. Somme allouée aux médecins : 12.000 francs.

AIX-LES-BAINS, 8.120 habitants. — Autorisation ministérielle accordée en 1910. Libre choix du médecin et rémunération à la visite au taux de : 6 francs à domicile et 3 francs au cabinet. Les visites de nuit sont doublées. Nombre d'assistés : 202 en 1918. Inscriptions d'urgence : 20. Sommes allouées aux médecins : en 1918, 395 fr. 50.

Dépenses totales du Bureau de bienfaisance : 9.595 francs en 1918. Total des secours médicaux : en 1918, 1.061 francs.

CHOLLET, 21.000 habitants. — *Autorisation ministérielle accordée en 1917.* Dépendant auparavant du service départemental, qui rémunérait les médecins à forfait. Depuis que la commune est autonome, l'assisté a le libre choix de son médecin qui est payé à la visite au taux uniforme de 2 francs.

EXTRAIT D'UN RÈGLEMENT, TYPE : CIRCONSCRIPTION, FORFAIT

VILLE DE MARSEILLE. *Le service d'assistance médicale gratuite à domicile est assuré pour le compte de la ville par le Bureau de bienfaisance.*

Service médical. — Art. 2 et 3. Le corps médical près le Bureau de bienfaisance comprend : 1° des médecins titulaires ou de section rétribués ; 2° des médecins adjoints, non rétribués, en nombre égal aux médecins de section ; 3° des médecins spécialistes.

Art. 4 et 5. Les médecins titulaires sont choisis exclusivement parmi les médecins adjoints. La durée de leurs fonctions est fixée à trois années. A l'expiration, et sur leur demande, ils pourront être maintenus en fonctions par périodes de trois années jusqu'à l'âge de soixante ans ; sauf avis contraire de la Commission administrative qui leur fera connaître, ainsi qu'au préfet, les motifs de sa décision. *L'honorariat* pourra être accordé par délibération au médecin atteint par la limite d'âge.

Art. 6, 7 et 8. Les candidats aux fonctions de médecin adjoint devront être âgés de vingt-cinq ans au moins, et fournir à l'appui de leur demande les pièces justifiant de leurs états de service, diplômes, etc. Ils doivent prendre l'engagement de résider dans le secteur auquel ils sont affectés ou dans un quartier limitrophe. Les dossiers des postulants, au fur et à mesure des vacances, seront soumis à un jury de classement composé de : deux membres de la Commission

administrative, un professeur de l'Ecole de Médecine et un médecin du Bureau de bienfaisance choisi par la Commission. Il est dressé un tableau de classement par ordre de mérite : ce tableau est soumis à l'approbation du préfet.

Obligations des médecins de sections. — Art. 12 et 13. Les médecins de section ; doivent : 1° donner leurs soins aux assistés de leurs sections ; 2° procéder aux accouchements sur la demande des sages-femmes ; 3° fournir à l'Administration tous rapports qui pourront leur être demandés ; 4° donner une consultation dans le dispensaire auquel ils sont attachés, à défaut à leur domicile, aux jours et heures fixés par l'administration ; 5° visiter, *dans un délai minimum de huit heures*, tout malade qui leur est signalé, comme étant dans l'impossibilité de se déplacer.

Sanctions. — Art. 22. Des mesures disciplinaires pourront être infligées, sous réserve de la ratification préfectorale, en cas d'infraction au présent règlement. *Le Conseil de discipline est composé de : trois membres de la Commission administrative et deux médecins choisis par cette même Commission.*

Traitements (en 1919). — Les traitements des médecins sont fixés ainsi qu'il suit :

Première classe : 1.800 francs pour la ville, 1.500 francs pour la banlieue.

Deuxième classe : 1.600 francs pour la ville, 1.200 francs pour la banlieue.

Troisième classe : 1.400 francs pour la ville, 1.000 francs pour la banlieue.

Vu et approuvé par le Préfet des Bouches-du-Rhône, le 24 avril 1912.

EXTRAIT D'UN RÉGLEMENT, TYPE : LIBRE CHOIX

VILLE D'EPERNAY. — Art. 2. Le service de l'Assistance médicale gratuite est assuré par la ville, avec l'aide et sous le contrôle de la Commission du Bureau d'assistance,

Extrait du règlement. Service médical. Art. 9. Le service médical est assuré par tous les médecins français qui se font inscrire à la mairie.

Art. 10. Les visites des médecins seront payées à raison de 1 franc le jour et 2 francs la nuit. Les opérations faites à domicile seront payées aux médecins de 1 à 25 francs. Toutefois le maximum pourra être porté à 50 francs pour la trachéotomie et la kérotonomie, conformément d'ailleurs au tarif départemental de l'Assistance.

Art. 11. Dans le cas où il y aurait inconvénient à laisser le malade chez lui, le médecin délivrerait un bulletin d'admission à l'hôpital.

Art. 12. Il est de règle que le malade reçoive, autant que possible, les soins du même médecin durant tout le cours d'une maladie. Pour chaque nouvelle maladie, une nouvelle feuille est de rigueur, et le malade est libre de choisir chaque fois un autre médecin.

La feuille de maladie doit être remise à la mairie, aussitôt après la guérison.

Consultations au dispensaire et à l'hôpital. — Art. 13 et 14. Les consultations ont lieu à jour fixe, au dispensaire ou à l'hôpital. Le service est assuré par les médecins de l'A. M. G., à tour de rôle.

Accouchements à domicile. — Art. 20. La ville d'Epernay procurera l'assistance d'une sage-femme à toute femme enceinte dénuée de ressources, qui ne voudra pas entrer à la maternité de l'hôpital. Il sera remis à l'intéressée un bon pour la sage-femme qu'elle aura choisie. Les mémoires des sages-femmes devront être accompagnés des bons.

Art. 22. En cas de difficulté obstétricale, la sage-femme devra réquérir un médecin. Si celui-ci était appelé entre 10 heures du soir et 6 heures du matin, il aurait droit à une indemnité pour la visite, son déplacement et son intervention.

Art. 31. Toutes les dépenses à la charge de la ville, seront acquittées par le Bureau de bienfaisance, sur la subvention

inscrite chaque année à son profit, au budget municipal.

Art. 32. La ville paiera elle-même les dépenses qui lui incomberaient pour le traitement, dans d'autres localités, des malades ayant leur domicile de secours à Epernay.

Règlement approuvé par les arrêtés ministériels des 27 juin et 5 septembre 1902.

N. B. — Il est question d'apporter des modifications au tarif des visites et consultations médicales à compter du 1^{er} janvier 1920.

QUELQUES RÉFLEXIONS

Les exemples que nous venons de donner auront, nous l'espérons, le mérite d'éclairer un peu notre sujet, en l'illustrant en quelques sorte. Ils aideront le lecteur, qui nous jugera avec bienveillance, à se faire une idée du fonctionnement de la loi de 1893, dans certaines communes qui assurent, par leurs propres moyens, l'assistance médicale gratuite à domicile. Nous avons voulu, à défaut de statistique, faire ressortir les cas d'espèce.

Il est fait appel dans les services autonomes, aux modes d'assistance les plus divers, soit que les communes assurent l'application de la loi, grâce à un service municipal, soit qu'elles se déchargent de ce soin sur les Bureaux de bienfaisance, auxquels elles accordent une subvention.

Ici, un certain nombre de médecins sont répartis par circonscriptions et généralement rémunérés à forfait, quelquefois à la visite, à moins qu'il ne soit fait appel à ces deux modalités. Ailleurs, l'assisté a le libre choix de son médecin parmi tous ceux qui acceptent de lui donner des soins ; ces derniers sont habituelle-

ment rémunérés à la visite; ou bien à l'abonnement par tête d'assisté; ou bien encore à forfait d'après les prévisions budgétaires, une somme globale leur est remise, ils la partagent au prorata des visites faites.

Nous voyons des communes qui assurent donner à l'indigent le libre choix de son médecin, parmi deux ou trois qui lui sont imposés. La ville de Vichy déclare avoir une situation enviable, par suite des ressources considérables de son Bureau de bienfaisance; on inscrit largement sur les listes, et le médecin qui reçoit une somme forfaitaire paie en partie les frais de cette largeur de vue.

Tarifs. — Les tarifs imposés concurremment au régime des circonscriptions sont insuffisants, quelquefois ridicules; il suffira pour s'en convaincre de les comparer avec le nombre des assistés inscrits. Les villes se montrent d'inégale générosité, ce sont encore les grandes villes qui paient le moins bien; il est vrai que le médecin y gagne le titre très honorifique de médecin du Bureau de bienfaisance et qu'il peut aspirer à l'honorariat.

Le Dr Rinuy signalait en 1914, qu'*Amiens*, qui possédait de 13.500 à 15.000 inscrits, selon la saison, affectait aux médecins une somme totale de 10.000 francs, ce qui faisait 0 fr. 70 par inscrit. Cette même ville comptait en 1919 : 7.209 inscrits avec un forfait de 12.000 francs, soit 1 fr. 60 par inscrit.

Voici quelques chiffres pour l'année 1919.

MONTPELLIER, 20.000 inscrits; somme forfaitaire globale allouée aux médecins : 7.000 francs, soit 0 fr. 30 par inscrit.

NANCY, 13.500 inscrits; somme forfaitaire totale allouée aux médecins 12.000 francs, soit 0 fr. 80 par inscrit.

Mêmes réflexions pour le système à l'abonnement. Dans le cas de rémunération à la visite, à domicile ou au cabinet, nous constatons que, si certaines communes se montrent raisonnables, d'autres ont des tarifs qui ne sont plus admissibles.

Tout dernièrement, la Chambre syndicale des Médecins du Rhône, après entente avec les représentants des Sociétés de Secours mutuel, a obtenu un tarif qui comporte une réduction de 20 pour 100 seulement sur les prix normaux minima fixés par le Syndicat.

Dégageons quelques conclusions des faits historiques que nous avons rapportés, ainsi que des documents que nous avons rassemblés, avant d'en aborder la discussion.

Nous voyons d'un côté l'Etat, qui veut inscrire à son budget général un minimum de dépenses, se contenter du rôle de contrôleur, laissant à chacun le soin de s'administrer comme il l'entend, et d'autre part les communes, jalouses de leur autonomie, redouter l'intromission de l'Etat dans leurs affaires particulières; convaincues d'assurer une meilleure gestion de leurs intérêts, elles déclarent pouvoir se passer de tout secours étranger. L'assistance médicale est abandonnée aux fantaisies des politiques et des fonctionnaires, entre les mains de qui le médecin devient un instrument servile, un fonctionnaire. Celui dont le rôle est le plus important se voit reléguer au dernier plan. Il doit supporter, lui contribuable, une charge énorme, car

il n'est pas rémunéré en raison des services qu'il rend. Mal payé, surchargé de besogne, il est dans l'impossibilité de faire utilement de l'assistance médicale à domicile, il ne peut qu'envoyer son malade à l'hôpital.

M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique à Paris, s'exprimait ainsi, au banquet des médecins des Bureaux de bienfaisance (27 nov. 1913) :

« Mon raisonnement sera plus sensible, plus clair, si vous me permettez de citer quelques chiffres : certain médecin a fait, dans le cours de l'année, 2.057 visites, c'est un maximum qui constitue une charge fort lourde ; cela pourtant a été constaté, dans un arrondissement ; dans un autre arrondissement, les visites ont été de 131 pour un médecin, c'est un minimum, il est vrai, mais ce sont des chiffres qu'il est bon de donner, pour faire apparaître, à vous-mêmes, qu'il y a là *un vice d'organisation, une mauvaise et inégale répartition du travail*.

« Je me permets d'attirer votre attention sur ce point, car la conséquence éclate à tous les yeux ; vous avez un traitement fixe, c'est, je le proclame, une indemnité ridicule à côté des services que vous rendez ; or, il arrive que le minimum de revenu de chaque visite, pour le médecin qui en fait le plus, a été de 0 fr. 97, chiffre qui n'est pas digne de vous, ni de nous, alors que le maximum de rétribution a dépassé un peu la mesure : des médecins ont reçu 10 fr. 27, 11 fr. 11 et 11 fr. 45 par visite. »

CHAPITRE III

DISCUSSION

Quelques ouvrages à consulter. — Chargé d'un rapport sur l'assistance médicale gratuite au Congrès des Médecins praticiens, tenu à Paris en 1914, M. le Dr Rinuy déclarait à ses confrères : « Tout a été dit sur l'assistance médicale gratuite, et il n'y a rien de neuf sous son triste soleil ! Aussi bien ne pouvons-nous, que « mettre au point » cette question en 1914 et devons-nous forcément tomber dans des redites. »

Parmi les nombreux travaux publiés sur l'assistance médicale gratuite, nous signalerons, après le Dr Rinuy, le rapport du Dr Millon, présenté à l'Assemblée générale des Syndicats médicaux de France, le 21 novembre 1899 ; celui du Dr Lemièrre, au Congrès des Praticiens de Lille en 1908, intitulé : « Le libre choix pour les assistés » ; des études plus récentes du directeur du *Concours médical*, le Dr Gassot, reproduites dans les colonnes de ce journal ; celles du Dr Humbert, de Passy, écrites pour la Fédération des Syndicats médicaux de Seine-et-Oise, en 1912, et du Dr Dervèvre, de Petite-Synthe, pour la Fédération du

Nord en 1913; la thèse du D^r André Dupin, de Bordeaux, 1905.

M. le professeur Etienne Martin a écrit sur le même sujet, dans son *Précis de Déontologie*, des pages du plus haut intérêt.

M. le D^r Paul Boudin, secrétaire du *Concours médical*, a produit de nombreuses études sur la question. Signalons sa thèse de droit, soutenue en 1919, à Paris, sur le Syndicalisme médical.

Que penser de l'établissement des listes d'assistance ?

1° *La commune établit la liste.* — La loi dit, art. 13 : « La liste doit comprendre nominativement tous ceux, qui seront admis aux secours, lors même qu'ils sont membres d'une même famille. » Quels sont les bénéficiaires de la loi de 1893, l'article 1 nous le dit : « Les Français privés de ressources », c'est-à-dire les gens qui, figurant sur la liste du Bureau de bienfaisance, reçoivent des secours en nature, plus ceux qui, vivant au jour le jour, se trouvent réduits à l'indigence lorsque la maladie s'installe à leur foyer.

« Or, il arrive souvent qu'un seul membre de la famille est inscrit sur la liste d'indigence, et cela pour deux raisons, nées du besoin de popularité des Conseils municipaux. On cherche à faire plaisir à beaucoup de familles, mais comme il en coûterait au budget, on ne prend qu'un ou deux membres, habituellement le plus sujet à être malade. Le médecin verra les autres en passant et il n'osera jamais réclamer le prix de sa visite à ces malheureux. » (D^r Rinuy.) On inscrit, non

pas des gens qui risqueraient, en cas de maladie, d'être privés de ressources, mais tout simplement des malades.

Dans sa circulaire du 18 mai 1994, le Ministre de l'intérieur dit : « Mais la liste d'assistance ne se confondra pas avec la liste du Bureau de bienfaisance. Elle devra comprendre tous ceux qui, en cas de maladie, se trouveront hors d'état de se faire soigner à leurs frais. »

Il nous paraît intéressant d'ouvrir ici une parenthèse. Il nous revient de plusieurs côtés que le nombre des indigents et surtout des privés de ressources aurait diminué. Beaucoup de médecins de Bureau de bienfaisance, estiment que leur clientèle de pauvres gens a notablement diminué. Cela nous paraît facilement explicable, par suite de la prodigalité du Gouvernement en matière d'allocations de toute nature. Mais ne nous laissons pas impressionner par cette situation transitoire.

2° *Il n'est pas dressé de liste d'assistance.* — Nous avons vu que, dans certaines villes, il n'existait pas de liste d'assistance. Mentionnons l'impossibilité d'agir, dans laquelle se trouve une Commission d'assistance, lorsqu'on lui présente des états et des chiffres qu'elle n'a pas prévus, et qu'elle est obligée d'approuver. Là, la bureaucratie est toute-puissante, nous n'insisterons pas davantage sur les inconvénients de cette situation.

3° *Les inscriptions d'urgence.* — L'article 9 donne aux Bureaux de bienfaisance, et même aux Maires, le droit d'admettre d'urgence un malade. Cette façon de procéder devient une règle dans les communes qui ne dressent pas de liste d'assistance. Quels sont les incon-

vénients qui résultent de cette disposition? Les inscrits d'urgence étant surtout des malades, il en résulte que l'inscription d'urgence est particulièrement nuisible aux médecins qui ont, avec les communes ou les Bureaux de bienfaisance délégués par elles, des contrats à forfait ou à l'abonnement. C'est pour obvier, en partie, à cet inconvénient, que certaines communes accordent un tarif spécial pour les urgences. Dans le cas contraire, c'est une véritable escroquerie que commettent les communes.

De plus, les inscriptions d'urgence peuvent être assimilées aux inscriptions trimestrielles, par ce fait que celles-ci peuvent avoir un effet rétroactif. Un malade à qui un médecin a fait un certain nombre de visites se fait inscrire sur la liste d'indigence : s'il est admis, on fait remonter son inscription au début de la maladie et le médecin n'a plus qu'à abandonner ses honoraires. Voilà un procédé commode à l'usage des électeurs influents.

Les médecins se plaignent, avec juste raison, de deux défauts présentés par les listes d'assistance :

Insuffisance d'inscriptions. Excès d'inscriptions. — « Ils réclament, pour éviter des abus, d'être plus nombreux et d'avoir voix délibérative dans la Commission administrative du Bureau de bienfaisance, chargée de dresser les listes d'indigents. » (Etienne Martin).

« Il est grand temps que le médecin, malgré ses occupations et sa générosité, veuille bien descendre de la retraite, où il se complaît attristé, pour défendre, par une action personnelle, les intérêts professionnels. » (Dr Millon).

Les intérêts en présence, dans l'application de la loi
du 15 juillet 1883.

Loi de 1893 sur l'A. M. G. — Art. 1. « Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat, suivant son domicile de secours, l'Assistance médicale à domicile, ou, *s'il y a impossibilité de le soigner utilement à son domicile*, dans un établissement hospitalier.

« Les femmes en couches sont assimilées à des malades. Les étrangers malades privées de ressources seront assimilés aux Français, toutes les fois que le Gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine. »

1° LES INDIGENTS. — Ils tiennent à être rapidement guéris, parce que leur travail nourrit leur famille qui sans cela tomberait à la charge de la Société. Leur santé est leur seul capital. Pour les bien soigner il faut que le médecin, en qui ils ont mis leur confiance, leur consacre tout le temps nécessaire et ne se contente pas de les voir en passant. Dans l'immense majorité des cas, ils préfèrent être soignés chez eux, dans leur famille.

Ils ont le tort de se désintéresser du fonctionnement de la loi, bien que les articles 13 et 14 les invitent à exercer leur contrôle. Il est urgent qu'on les instruisse. Le contrôle est pour eux un droit et un devoir.

2° LES MÉDECINS. — Ils ont le tort de se laisser abuser par l'attrait d'un traitement fixe qui les catégorise, les asservit, et les dupe. Un médecin conscien-

cieux et celui-ci n'est pas le *rara avis*, que l'Administration a l'air de rechercher avec sévérité derrière ses grosses lunettes, a le désir de soigner convenablement ses malades ; il faut lui en donner les moyens. Il faut d'abord le payer honorablement ; ensuite lui permettre d'ordonner tous médicaments utiles, à condition qu'il garde la préférence, à mérite égal, aux produits pharmaceutiques bon marché ; enfin le convier à participer à la confection des listes d'assistance avec voix délibérative, car il est le mieux renseigné des enquêteurs.

3° LES PHARMACIENS. — Ils désirent que leurs ordonnances soient payées. Ils délivrent souvent des médicaments sans ordonnance et, avec le système à l'abonnement, font ultérieurement régulariser, par une ordonnance médicale, ces livraisons faites sans mandat ; le fait ne peut se produire avec le système à la visite, le médecin étant obligé de détacher d'un carnet à souche la feuille d'ordonnance réclamée par le pharmacien.

4° L'HÔPITAL. — Il veut être payé des journées d'hospitalisation.

5° LES COMMUNES. — Elles veulent payer le moins cher possible, pour ne pas augmenter leurs centimes additionnels. Elles se méfient des médecins peu consciencieux qui pourraient avoir tendance à exploiter l'indigence.

Elles ont intérêt à faire de l'assistance à domicile et à voir diminuer le nombre des indigents. Elles doivent exercer un contrôle sévère, lors de la confection des listes d'assistance, et pour cela faire appel à toutes les compétences. Elles pourront exercer leur

contrôle sur la façon dont le Service médical sera assuré, en donnant au médecin le pouvoir de se justifier et de se faire représenter efficacement dans les Commissions d'enquête.

Il faut qu'elles favorisent le développement des lois sociales de prévoyance, telles que les retraites ouvrières et l'*assurance maladie*.

Elles doivent combattre par tous les moyens en leur pouvoir les grands fléaux sociaux fauteurs de misères. Les Services d'Hygiène et d'Assistance ne doivent plus s'ignorer, mais collaborer étroitement.

CIRCONSCRIPTIONS. — FORFAIT. — ABONNEMENT

1° LES CIRCONSCRIPTIONS. — C'est le régime du médecin fonctionnaire, dévoué autant que docile, qui s'assure, aux dépens de ses confrères, une situation de toute tranquillité. Or il lèse gravement les intérêts de l'indigent ; il est contraire à la dignité de la profession médicale et antidémocratique. Il est d'ailleurs condamné et en voie de disparition. Il favorise honteusement les combinaisons politiques, là où les médecins ne sont pas recrutés par voie de concours, mais nommés par les municipalités.

En 1907, au Conseil général de la Creuse, on a proposé la mise en adjudication de l'emploi de médecin de l'Assistance !

2° LE FORFAIT. — Il est corollaire de circonscription. Voici ce qu'en pense le D^r Rinuy : « Les communes trouvent souvent, pour remplir cet emploi, de jeunes médecins sortant de l'école et désireux de se faire

connaître; médecins souvent sans fortune, ils sont souvent préoccupés d'avoir un fixe, pour faire face aux dépenses de première année. »

3^o ABONNEMENT. — Encore appelé « Système Landais ». Tantôt par inscrit, tantôt par tête d'habitant. Il est suspect à l'indigent, qui pourra soupçonner le médecin de faire le minimum de travail pour rendre rémunérateur le taux de l'indemnité. Les communes ont intérêt à inscrire le minimum d'assistés sur les listes et à faire de l'urgence. Or chaque malade est « une urgence », dès lors il n'y a plus d'abonnement. Il est vrai que certaines communes paient double pour les visites d'urgence. C'est un régime commode pour les communes et les sans-souci de la médecine.

Libre choix. — Rémunération à la visite. — Objections.
Contrôle.

« Le système du libre choix est le seul qui concilie les intérêts de l'indigent et celui du médecin. Le mode de rémunération qui convient le mieux au libre choix est le tarif à la visite. (Système Vosgien.)

« Comme un client ordinaire, l'indigent fait appeler le médecin. Celui-ci continue à le voir s'il reste malade. S'agit-il d'un simple avis, le médecin fait sa prescription et ne le revoit plus. Le malade est-il transportable? Il vient au cabinet du médecin demander sa consultation. L'indigent ne peut pas dire qu'il n'est pas soigné et ne peut pas soupçonner le médecin de lui faire de rares visites, parce qu'il ne le paie pas lui-même. Pour le médecin, la visite est la seule manière de rémunérer

sa peine, proportionnellement à son travail, et de tout temps ce mode de paiement a été adopté pour la clientèle courante.

« Il est irrationnel de toucher une même somme pour un travail qui dure plus ou moins longtemps, et il est naturel de penser que l'abonnement ou le forfait se traduiront par un minimum de travail.

« Enfin, le tarif à la visite et le libre choix associés assurent au corps médical l'indépendance nécessaire pour exercer dignement sa profession.

« Il n'est pas jusqu'au département et à la commune qui n'y aient avantage : l'année où il y a peu de malades, les dépenses seront peu élevées, et le médecin, ayant un avantage matériel à soigner l'assisté chez lui, ne l'enverra à l'hôpital qu'en cas de nécessité absolue. » (Dr Rinuy.)

Les objections les plus importantes, qui sont habituellement faites au système du libre choix, sont de trois ordres : l'indigent n'est pas capable de choisir son médecin, — certains médecins ne présentent pas les garanties d'honorabilité suffisante et sont portés à abuser des droits que leur confère leur diplôme, — le système de rémunération à la visite coûte cher.

1° L'INDIGENT N'EST PAS CAPABLE DE CHOISIR SON MÉDECIN. — Que voilà une idée singulière qui consacre, en même temps qu'un attentat à la liberté individuelle, une flagrante injustice, quand elle ne sert pas à masquer de lamentables combinaisons politiques ! Le pauvre, parce qu'il est pauvre, est incapable de raisonner, d'avoir une opinion et d'accorder sa confiance à qui lui plaît ! Il a pourtant le droit de voter, j'imagine !

Alors il est compétent pour choisir un député, un conseiller municipal, et pas son médecin ! Avec ça que les riches ne font pas antichambre chez les charlatans.

Que signifie cet amour exagéré et bruyant des pauvres gens, qui s'affiche avec tapage en période électorale ?

Un exemple : une famille, par suite de revers de fortune, se voit momentanément privée de ressources. Elle demande et obtient l'assistance médicale. Sa situation s'améliore, elle est rayée des listes. Dans le premier cas, la pauvreté l'oblige à abandonner le médecin en qui elle a mis sa confiance ; dans le second, elle peut se confier à lui de nouveau. C'est absurde !

Que le lecteur veuille bien se reporter, à la fin de notre travail, à l'exposé des motifs présentés par M. le Dr Levrat au Conseil municipal de la ville de Lyon.

2° CERTAINS MÉDECINS NE PRÉSENTENT PAS TOUTES GARANTIES D'HONORABILITÉ. — Voilà un argument de meilleure qualité, et il faut bien avouer qu'il présente une réelle valeur. N'exagérons rien cependant.

Nous nous sommes longuement étendu sur les garanties professionnelles que doit présenter le corps médical, nous n'y reviendrons pas. Nous envisagerons seulement ici le remède à y apporter.

3° NÉCESSITÉ DU CONTRÔLE. — La société a le droit de se protéger contre les brebis galeuses de la profession médicale, les médecins ont le devoir de l'aider, nous ajouterons que les deux y ont intérêt.

« L'idée de contrôle est un corollaire de l'idée de l'obligation ; elle est corrélative de l'idée de solida-

rité. » (*Cons. sup. de l'Assist. publique*, fasc. 55, p. 175.)

« Il appartient aux Syndicats médicaux de jouer un rôle dans cette police, car les médecins doivent être jugés par leurs pairs. » (Dr Boudin.)

Comment doit-il s'exercer pour être efficace?

1^o *Les Commissions* : Une Commission, composée de membres représentant la commune ou le Bureau de bienfaisance et les médecins syndiqués, ainsi que la nouvelle Commission départementale d'assistance érigée en tribunal d'arbitrage (à condition qu'on y fasse rentrer également des représentants des Syndicats médicaux), jugeront les cas litigieux. Nous disons des représentants des Syndicats médicaux, parce qu'eux seuls peuvent représenter légalement les médecins (lois du 21 mars 1884 et 30 novembre 1902).

Enfin, il y aurait lieu d'étudier s'il ne serait pas possible de faire entrer des indigents au sein des Commissions de contrôle.

2^o *Rôle des Syndicats médicaux* : Le Dr Prunet, secrétaire de la Fédération des Syndicats du Centre, expose ainsi la question : « A mon avis, la question la plus importante en matière d'assistance médicale gratuite est celle de la Commission de contrôle. Il faut que, dans tous les départements, les médecins obtiennent la création d'une Commission de contrôle.

Il faut aussi qu'ils obtiennent d'y être représentés par des confrères élus par eux.

Ensuite tout ira sinon bien, du moins mieux. Sans compter que les médecins donneront aux Pouvoirs publics, Préfecture, Conseil général, Municipalités, un

avant-goût de ce dont ils sont capables, en matière d'organisation d'un Service public.

Sans compter que, progressivement, cette idée entrera dans l'esprit de nos hommes politiques, que *les médecins doivent nécessairement être associés à l'organisation et au fonctionnement de tous les Services de Médecine publique et sociale.*

Mais, pour que les médecins acquièrent, dans la Commission de contrôle, le prestige et la situation prépondérante qu'ils y doivent acquérir, pour qu'ils y jouent le rôle qui doit être le leur, il est nécessaire qu'ils s'y montrent impartiaux et sévères.

Il faut que nos adversaires sachent que les délégués des médecins, qui doivent être les représentants des Syndicats, sont, en même temps que les défenseurs de leurs confrères, *les ennemis* implacables de tous les abus.

Ainsi les pouvoirs publics feront le départ entre les dépenses qui sont le fait des abus et celles qui sont le fait d'une juste rémunération des services des médecins.

A l'heure actuelle, de toutes parts, dans tous les départements, on crie contre les médecins, on les accuse d'être les auteurs — les seuls auteurs — de l'augmentation énorme des dépenses d'A. M. G.

Le rôle des médecins dans la Commission de contrôle est de :

1° Signaler les abus, d'où qu'ils viennent, médecins, maires, indigents ;

2° Poursuivre la répression de ces abus et perfectionner le fonctionnement des services ;

3° Démontrer que partout les dépenses d'A. M. G.

augmentent et que les médecins n'en sont pas la cause.

Il faut que ces Pouvoirs publics soient mis en face de la réalité et qu'ils ne puissent pas prétexter de la mauvaise volonté ou de la mauvaise foi du Corps médical pour vous imposer des conditions désavantageuses en échange du rôle si important que nous jouons dans le fonctionnement de l'A. M. G.

3° *Les « Bons de visite »* : Le système des « Bons de visite », employés à la satisfaction générale par les communes qui ont adopté le système Vosgien, doit être généralisé. Ils seront remis à l'indigent, revêtus du sceau de la mairie et de la signature du maire ou de son délégué. Le médecin inscrira chaque visite faite, avec le détail des interventions qu'il aura été appelé à pratiquer. Une partie du bon ira à la mairie, l'autre ira au Syndicat des médecins ou bien restera entre les mains de ce praticien s'il n'est pas syndiqué. Sur une troisième partie, sera rédigée l'ordonnance (d'après un tableau de médicaments), elle ira au pharmacien, les bons seront collationnés, en temps utile. En cas de conflit, les Commissions d'arbitrage jugeront.

CHAPITRE IV

L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE

LES COMMUNES ONT-ELLES INTÉRÊT A LA DÉVELOPPER ?

L'assistance médicale à domicile n'existe pas ou à peu près pas, c'est là un fait avéré, dans les communes où le médecin n'est pas intéressé directement à son fonctionnement. Les malades y sont habituellement dirigés sur l'hôpital après une rapide visite ; c'est d'ailleurs à peu près tout ce qu'exige l'Administration de ses médecins.

Or, jusqu'ici, certains hôpitaux dotés de revenus propres assuraient l'hospitalisation de tous les indigents qui se présentaient à leurs portes. D'autres se contentaient de demander une somme forfaitaire, destinée à les aider à équilibrer leur budget.

Mais voilà ! La hausse persistante qui sévit sur toutes choses, surtout depuis la guerre, a augmenté, dans une proportion inusitée, le prix de revient des journées d'hospitalisation ; il en résulte pour les hôpitaux une situation budgétaire déficitaire. Prenons un exemple :

Les Hospices de la ville de Lyon, placés sous le

régime de la loi de 1851, viennent de demander l'application intégrale, non seulement de la loi de 1893, mais encore de la loi du 5 août 1819 et, au préalable, l'application des dispositions légales qui permettront à la Municipalité lyonnaise, chargée de combler leur déficit, de participer à l'avenir d'une façon directe à la gestion des Hospices civils ; le Bureau de bienfaisance demeurant chargé d'assurer le service de l'assistance médicale à domicile.

Tel est le fait nouveau, gros de conséquences. La ville devient directement intéressée à avoir un minimum de journées d'hospitalisation, très coûteuses, à payer, puisqu'elle devra, dans tous les cas, combler le déficit des hospices.

La question de l'assistance médicale à domicile se détache dès lors avec un relief singulièrement saisissant. Désormais, il ne faudra plus se contenter d'à peu près. C'est si vrai que, dorénavant, les listes d'assistance vont être établies avec le plus grand soin, par les mairies de quartier. L'abus des inscriptions et les urgences devenant préjudiciables aux finances de la commune et non plus seulement aux médecins, tail-lables et corvéables à merci, va être soigneusement réprimé ; voilà un enseignement !

Ajoutons que les hôpitaux de certaines villes qui reçoivent un forfait, demandent sa suppression et son remplacement par le remboursement des journées d'hospitalisation. Nous avons eu entre les mains une correspondance échangée entre les hôpitaux d'une importante ville de l'Est et la municipalité, et nous avons pu constater que les deux parties en présence

n'avaient pas l'air de prendre le chemin de la conciliation.

1° L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE SOULÈVE DES DIFFICULTÉS. — Les difficultés sont d'autant plus grandes qu'on s'en est plus désintéressé. Il faut reconnaître l'importance des services rendus par la charité privée qui, heureusement, ne s'est pas lassée de dispenser ses bienfaits, qu'elle se soit manifestée sous la forme laïque ou religieuse.

Que se passe-t-il? Un indigent tombe malade; un médecin est appelé à lui donner des soins, voilà qui est bien, mais il faut se rendre compte dans quelles conditions il va pouvoir le traiter.

Le logement est insuffisant, ceux qui l'habitent y sont entassés, les conditions d'hygiène y sont déplorables. Toute la famille est occupée au dehors, à l'usine, au magasin, à l'atelier, il ne reste à la maison que les vieux ou les impotents. Qui donc va s'occuper du malade?

Il existe actuellement deux courants d'opinion. Les uns voudraient voir diriger tous les malades sur des cliniques ou des hôpitaux, d'autres souhaitent que l'on donne une large part aux soins à domicile, en améliorant les conditions hygiéniques de l'habitation.

Sur ce sujet M. Campagnole s'exprime ainsi dans ses commentaires sur l'A. M. G. :

« La loi du 15 juillet 1893 affirme nettement la préférence qu'il convient de donner, en matière d'A. M., à l'assistance à domicile.

« Cette préférence est justifiée, à tous égards, au triple point de vue, moral, hygiénique, économique.

Au point de vue moral, l'assistance à domicile permet à l'individu secouru de rester chez lui, auprès des siens, tout au moins, et de recevoir, du foyer domestique, les soins de la famille, dont les liens ne se trouvent pas ainsi exposés à être, en cas de maladie, subitement relâchés.

« De plus, en respectant le caractère familial, l'A. M. habitue les parents, les amis, les voisins, à ne pas se désintéresser de la maladie qui frappe un des leurs ; elle leur rend plus facile la mise en pratique des idées de fraternité ; elle les conduit, par une pente presque insensible, à l'exercice volontaire des principes généraux de solidarité sociale. »

Si les villes reconnaissent le bien-fondé des arguments que nous venons de présenter, il leur faudra créer de toutes pièces l'assistance médicale à domicile. *Les services d'hygiène et d'assistance devront collaborer étroitement*, pour créer des logements salubres, avec chambre de malade facile à désinfecter. Instituer un service d'infirmiers, d'infirmières et de visiteuses à domicile, comme cela a été proposé par M. le professeur Paul Courmont, dans une thèse récente, à propos des tuberculeux.

2° L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE COUTE CHER. — L'assistance médicale à domicile, bien faite, qu'on ne peut concevoir sans le « libre choix » du médecin rémunéré équitablement, coûte cher. Il s'agit de savoir s'il n'existe pas actuellement des dépenses qui pourraient être « comprimées » au bénéfice de l'assistance médicale. D'autre part, elle coûtera certainement moins cher que l'assistance à l'hôpital qui se verra désencom-

brée, du même coup, de malades qui pourraient être rapidement guéris, chez eux, d'une maladie nécessitant un nombre très restreint de visites.

Nous disons, après beaucoup d'autres bien mieux qualifiés que nous, que les services d'hygiène, d'assistance et de prévoyance sociale devraient collaborer étroitement. L'amélioration des conditions hygiéniques n'entraînerait-elle pas une diminution des malades et partant des charges de la société.

Est-ce qu'une loi d'assurance maladie ne devrait pas être votée immédiatement?

Les médecins doivent créer un mouvement d'opinion par une action syndicale énergique.

Pour servir de fin.

Il reste beaucoup à faire pour que les médecins comprennent enfin le rôle social qu'ils sont appelés à jouer dans la société moderne. Ne nous préoccupons pas de ceux qui s'occupent uniquement de politique.

Nous sommes encore sous le coup de l'impression pénible que nous a causée la lettre d'un de nos amis, secrétaire d'un Syndicat médical.

Comme nous lui avons demandé de porter à l'ordre du jour la question de l'A. M. G. à domicile dans les services autonomes (il exerce dans une ville où les médecins sont désignés par circonscription et reçoivent un forfait du Bureau de bienfaisance), il nous répondit :

« J'ai demandé leur avis à plusieurs médecins. Les uns, ceux qui font partie du Bureau de bienfaisance,

trouvent que le forfait, sans être merveilleux, est acceptable. Les autres désireraient peut-être le libre choix, mais voient dans ce mode d'action une source d'ennuis et de désagréments.

« Le libre choix, certes, serait une bonne chose mais j'ai bien peur que les municipalités n'y tiennent pas du tout.

« En somme, l'impression que j'ai eue après toutes les conversations avec mes confrères, est que cette question leur est indifférente. »

La clientèle d'un Bureau de bienfaisance est toute particulière; un médecin n'est considéré que s'il ordonne des médicaments. Les administrateurs le savent fort bien et ne verront pas d'un très bon œil ce libre choix qui, certainement, augmentera les frais pharmaceutiques.

Malgré tout, nous allons étudier de plus près cette question.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

SESSION DE 1914

Annexe au procès-verbal de la séance du 10 février 1914

Proposition de loi tendant à l'inscription dans la loi du libre choix du médecin par l'assisté indigent et du paiement à visite, présentée par MM. Henri Maitre et Gilbert-Laurent, députés.

Article unique. — L'article 4 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite est ainsi modifié :

« Il est organisé dans chaque département, sous l'autorité du préfet et suivant les conditions déterminées par la présente loi, un service d'assistance médicale gratuite, pour les malades privés de ressources; les malades pourront choisir librement leur médecin qui sera rémunéré à la visite, suivant un tarif fixé par le Conseil général.

« Le Conseil général délibérera, en outre, dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 : sur la détermination et la création des hôpitaux auxquels est rattachée chaque commune au Syndicat des communes; sur la part de la dépense incombant aux communes et aux départements. »

CONSEIL MUNICIPAL DE LA VILLE DE LYON

Séance du 6 juillet 1908

Vœu déposé par M. Levrat, tendant à la réorganisation des services médicaux du Bureau de bienfaisance.

M. LEVRAT. — J'ai l'honneur de proposer au Conseil l'adoption du vœu suivant :

« Le Conseil municipal,

« Considérant que la loi du 9 avril 1898, complétée par celle du 31 mars 1905, garantit aux ouvriers victimes d'un accident du travail le libre choix de leur médecin et que, d'autre part, à Lyon, les indigents assistés à domicile par le Bureau de bienfaisance ne peuvent choisir leur médecin et sont obligés d'avoir recours au seul praticien désigné pour chaque circonscription par l'Administration; *qu'il en résulte ainsi cette étrange anomalie que l'ouvrier réduit à l'indigence par le chômage ou la maladie aurait pu,*

pour un accident, quelque bénin qu'il fût, légère entorse ou simple contusion, choisir son médecin, mais qu'il n'a plus ce droit dès qu'il s'agit pour lui d'une affection non traumatique, si grave soit-elle, pneumonie ou fièvre typhoïde ;

« Considérant que nul n'a jamais eu la pensée de contraindre un malade payant à se faire traiter par un médecin qui lui serait imposé par une autorité quelconque et que *ce qu'on n'admettrait pas pour le riche ne doit pas davantage être admis pour le pauvre, la liberté de confiance devant exister pour tous sans exception ;*

« Considérant que, sous l'égide de la loi du 15 juillet 1893, le libre choix du médecin pour les malades de l'Assistance publique est établi dans cinquante-neuf départements, qu'il fonctionne dans plusieurs grandes villes et que, par conséquent, les difficultés techniques et financières que soulève son organisation ne sont pas insurmontables ;

« Considérant enfin qu'une proposition de loi a été déposée sur le bureau de la Chambre des députés, dans le but d'insérer, non plus seulement, comme dans la loi du 15 juillet 1893, la possibilité du libre choix du médecin, mais bien l'obligation de ce libre choix, et qu'il en résulte ainsi une certaine urgence à étudier la question pour pouvoir ensuite la faire aboutir dans les meilleures conditions possibles ;

« Emet le vœu que la Commission administrative du Bureau de bienfaisance veuille bien mettre à l'étude, le plus promptement possible, la réorganisation de ses services médicaux, de manière à garantir dorénavant à tous les indigents assistés à domicile le libre choix de leur médecin. »

La mention dont j'ai accompagné ce vœu vous renseigne sur sa portée et son caractère tout à fait démocratique. Ce n'est pas l'heure d'ouvrir un débat sur cette proposition qui présente de grandes difficultés ; j'ai voulu seulement ce soir amorcer la question dont l'importance n'a pas pu

vous échapper, Messieurs, et dont la solution s'impose dans un délai plus ou moins bref.

J'espère ne pas vous paraître trop révolutionnaire et vous m'accorderez, sans doute, le plaisir de constater que nous sommes tous d'accord lorsqu'il s'agit d'apporter dans l'édifice social un peu plus de justice et un peu plus de liberté.

M. LE MAIRE. — Si j'ai bien compris votre proposition, elle tendrait à la suppression des médecins du Bureau de bienfaisance?

M. LEVRAT. — Des médecins fonctionnaires, dont j'ai autrefois fait partie, oui.

M. LE MAIRE. — Tous les médecins de la ville pourraient être appelés à soigner les indigents à condition que tous acceptassent un tarif fixé et qui devrait être approuvé par l'Administration supérieure.

M. LEVRAT. — C'est ce qui se fait à Villeurbanne, par exemple. Ordinairement, un certain nombre de médecins acceptent de soigner les indigents à telles ou telles conditions fixées ; les malades ont le choix entre ces médecins.

Plusieurs modes de rémunération sont établis : il y a le système à l'abonnement, où les assistés indiquent qu'ils choisissent tel ou tel médecin en cas de maladie, et ces médecins sont rémunérés à tant par tête d'indigents qui les ont choisis.

Cette question demande une étude très approfondie, on ne peut la trancher au pied levé.

Je crois qu'il serait bon de l'étudier, étant donné qu'elle tend à se poser d'une façon de plus en plus urgente. Aux dernières élections, plusieurs conseillers municipaux de Paris ont pris l'engagement de faire aboutir ce libre choix des médecins pour les indigents.

M. LE MAIRE. — Je comprends très bien la portée de votre observation, Monsieur Levrat. *Vous reconnaîtrez cependant qu'il faut que le médecin présente pour le malade un certain nombre de garanties.* Nous avons vu, dans

l'application de la loi de 1905, combien le rôle des médecins des Bureaux de bienfaisance est difficile.

Aujourd'hui, les médecins du Bureau de bienfaisance demandent à être groupés de façon à être protégés contre l'indiscrétion de certaines demandes par des résolutions collectives.

Je vous fais cette observation, Messieurs, pour vous faire sentir qu'il y a lieu de procéder à une étude très minutieuse du vœu qui vous est présenté ce soir. Si vous le vouliez, Monsieur Levrat, nous pourrions résumer votre vœu de la façon suivante : nous pourrions demander que le régime des médecins des Bureaux de bienfaisance soit révisé dans un sens plus démocratique. Je crois qu'il serait bon de ne pas voter dès ce soir ce vœu tel que vous nous l'avez présenté.

M. JACQUET. — *Cela ne va-t-il pas augmenter la dépense du service médical du Bureau de bienfaisance ?*

M. LE MAIRE. — Il faudrait une entente entre l'Administration du Bureau de bienfaisance et les médecins. Ces derniers devraient accepter le tarif qui serait établi.

M. JACQUET. — Il se pourrait d'abord que, dans certains quartiers, aucun médecin ne veuille accepter le tarif. *Ensuite il y a des médecins plus ou moins consciencieux.* Avec le régime actuel, le Bureau de bienfaisance est quelquefois obligé de retirer le service des indigents à certains médecins. Comment seraient soignés les malades avec le régime demandé par M. Levrat ?

Je suis assuré que, si le Bureau de bienfaisance était consulté sur la proposition de notre collègue, il ferait toutes ses réserves.

M. LE MAIRE. — Je crois qu'il faut vous borner au vote de la formule que je vous ai proposée. Un vœu précisant davantage la question appellerait des réserves.

Nous avons éprouvé le besoin d'avoir des droits sur les médecins du Bureau de bienfaisance. Que serait-ce si ces médecins étaient exclusivement choisis par les malades

eux-mêmes? Qu'arriverait-il lorsque l'indigent malade ferait appel à un médecin peu consciencieux sur lequel nous n'aurions aucun droit?

M. LEVRAT. — Je suis tout à fait d'accord avec Monsieur le Maire quand il dit qu'on doit exiger des garanties de la part des médecins. Je demande que la question soit mise à l'étude et non pas qu'on réorganise le service médical du Bureau de bienfaisance dans le sens de la liberté absolue sans contrôle de la part de l'Administration.

M. LE MAIRE. — Eh bien, si vous voulez, je vais mettre aux voix le vœu proposé par M. Levrat sous la forme suivante :

« Le Conseil municipal,

« Emet le vœu que la Commission administrative du Bureau de bienfaisance mette à l'étude la réorganisation des services médicaux dans un sens plus démocratique. »

M. GOURJU. — Et, en principe, dans le sens du libre choix.

M. LE MAIRE. — Autant que possible.

M. GOURJU. — C'est le courant d'opinion qui existe en France, le principe étant établi déjà pour les accidents du travail.

M. LE MAIRE. — Messieurs, je mets aux voix le vœu présenté par M. Levrat, avec la modification proposée par l'Administration. Que ceux qui sont d'avis de l'adopter veuillent bien lever la main.

(Adopté.)

En avril 1909, M. Levrat ayant demandé au maire, en séance de Commission générale où en était la question; celui-ci lui répondit que le Bureau de bienfaisance avait, après un rapport d'un membre de la Commission administrative, décidé de maintenir le *statu quo*.

Sur sa demande, le rapport lui fut communiqué, et il y répondit par un mémoire très détaillé. Son mémoire fut transmis par le maire, en mai 1909, à la Commission administrative du Bureau de bienfaisance, mais il ne fut jamais

publié. D'ailleurs, il n'y fut fait aucune réponse, malgré une nouvelle intervention de sa part le 20 décembre 1909. (*Bulletin officiel* du 26 décembre 1909, p. 233.)

M. le Dr Levrat, dans une lettre adressée à M. le professeur Etienne Martin, écrivait :

« D'autre part, si j'en excepte les encouragements d'un ou deux confrères isolés, mon initiative ne me valut pas autre chose que de nombreuses remontrances de plusieurs amis, et, devant la mauvaise volonté évidente de l'Administration, je finis par me résigner à l'enterrement de la question. J'ajoute que, dans une ville comme Lyon, il ne pourrait être question du *libre choix absolu*, sans garanties ni contrôle, et c'est là, évidemment, le point délicat¹ ».

Voilà, n'est-il pas vrai, une aventure qui se passe de commentaire !

MAIRIE DE SAINT-MANDÉ

(SEINE)

Extrait du registre des délibérations du Bureau de bienfaisance de Saint-Mandé.

Séance du 15 février 1908.

Assistance médicale.

Réorganisation du Service,

M. le Maire expose au Bureau :

Que le Service médical des indigents est actuellement assuré par deux médecins : MM. les Drs Nègre et Saudras, moyennant une indemnité de 700 francs par an.

Qu'il vient de se constituer récemment un Syndicat des Médecins de Saint-Mandé, qui, dans une lettre dont lecture est donnée, demandent que les indigents assistés par le

¹ Lettre communiquée par M. le professeur E. Martin et publiée avec l'autorisation de M. le Dr Levrat.

Bureau de bienfaisance aient le droit de se faire soigner par un médecin de leur choix ;

Que la question, portée au Conseil municipal, a fait l'objet d'une étude approfondie par une Commission qui, après avoir entendu le Bureau du Syndicat médical, a été d'avis qu'en effet il y avait lieu d'adopter la mesure proposée ;

Que, d'après les renseignements fournis, il résulte que le nombre des visites faites aux indigents en 1907 s'est élevé à cinq cents, et celui des consultations à mille cinq cents ;

Qu'il paraîtrait normal, étant donné ces chiffres, de fixer à 2.250 francs, à titre d'essai, et pour une année seulement, la somme à payer pour le Service médical des indigents, en calculant les visites à 1 fr. 50 et les consultations à 1 franc ;

Que, le crédit inscrit au budget du Bureau de bienfaisance pour traitement des deux médecins ne s'élevant qu'à 700 francs, il en résultera un surcroît de dépenses de 1.550 francs pour l'année d'essai ;

Que le budget de l'exercice courant permet le prélèvement de ce supplément, attendu que l'article 12 des recettes peut être augmenté de 1.000 francs, et l'article 12 des dépenses diminué de 500 francs, ce qui donne, à peu de chose près, la somme nécessaire ;

Qu'en ce qui concerne les médicaments, et pour en restreindre la dépense, une Commission composée des Administrateurs du Bureau de bienfaisance et de deux médecins pourrait être nommée pour le contrôle des ordonnances, sans préjudice du Service de la revision des mémoires, tel qu'il fonctionne actuellement.

M. le Maire invite le Bureau à examiner cette combinaison qui, élaborée par la Commission du Conseil municipal, a reçu l'adhésion du Bureau du Syndicat médical, et le prie de vouloir bien en délibérer.

Le Bureau,

Après avoir entendu l'exposé de M. le Maire,

Considérant qu'il est équitable et démocratique que les indigents aient la faculté de pouvoir s'adresser au médecin de leur choix ;

Vu les propositions du Syndicat médical de Saint-Mandé, et après examen de la combinaison présenté dans l'exposé de M. le Maire,

Vu le budget de l'exercice courant,

Délibère :

A partir du 1^{er} avril prochain, le Service médical sera organisé comme suit :

1^o Il sera établi avant cette date un état nominatif de tous les indigents admis aux secours médicaux.

Cet état sera révisé chaque trimestre.

2^o Il sera remis à chaque chef de famille un carnet composé de dix bulletins. Ce carnet contiendra les nom, prénoms, âge et degré de parenté des membres de la famille admis aux secours et figurant sur la liste énoncée au paragraphe précédent.

3^o A chaque visite ou consultation, le médecin détachera de ce carnet un bulletin qui sera remis en fin de trimestre au Syndicat médical, si le médecin traitant y est adhérent, ou à la Mairie dans le cas contraire.

4^o Le Syndicat médical, au moyen de ces bulletins, établira le prix des visites ou consultations pendant le trimestre écoulé, calculé sur le chiffre de 2.250 francs indiqué ci-après ; il en remettra le détail au Bureau qui ordonnera directement aux médecins non syndiqués les sommes leur revenant, et le surplus, au nom du trésorier du Syndicat, sur la production d'un mémoire détaillé.

5^o Une Commission composée des administrateurs du Bureau de bienfaisance et de deux médecins désignés par le Syndicat examinera les ordonnances délivrées pendant le trimestre et signalera les abus qui pourraient se produire.

Il est entendu que ce contrôle est indépendant du Service actuel de révision des mémoires de pharmacie.

6° Il est également entendu que la nouvelle organisation est établie à titre d'essai pour une période d'une année, à dater du 1^{er} avril 1908, et pour le prix à forfait de 2.250 fr. payable par trimestre.

7° A cet effet, et pour les trois derniers trimestres de l'exercice 1908, il est ouvert au budget additionnel de l'année courante un crédit complémentaire de 1.162 fr. 50.

Suivent les signatures :

Pour copie conforme,
Le Maire.

Vu et approuvé :

Paris, le 28 avril 1908.

Le Préfet de la Seine,

Pour le Préfet,

Le Conseiller de Préfecture délégué.

Pour copie conforme :

Le Maire.

CONCLUSIONS

Par suite de l'évolution des idées de solidarité, le rôle social du médecin devient chaque jour plus important, à mesure que sont votées des lois, dont l'application exige le concours du corps médical.

Il est de l'intérêt public que le médecin soit préparé, au cours de ses études, à remplir la tâche sociale que le pays attend de lui. Un cours complet de Médecine professionnelle, sur le modèle de celui qui est actuellement professé à Lyon, doit être institué dans toutes les Facultés de Médecine, avec la sanction de l'examen.

Parmi les lois sociales auxquelles nous faisons allusion plus haut, il en est une : la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite obligatoire, qui, si elle consacre un principe excellent, est, par suite de ses dispositions, préjudiciable à l'intérêt des indigents en général et du corps médical en particulier, notamment en ce qui concerne l'organisation des Services médicaux d'assistance à domicile, dans les Services autonomes (article 35 et 12).

Nous nous sommes livré à une enquête qui a eu pour but de montrer la diversité des systèmes autonomes, soit que les communes assurent l'application

de la loi par le moyen d'un Service municipal, soit qu'elles se déchargent de ce soin sur le Bureau de bienfaisance (créés par la Révolution. Lois du 3 frimaire an V et du 28 pluviôse an VIII).

En général, les villes qui possèdent une organisation autonome sont divisées en circonscriptions; un médecin nommé par la Commission administrative du Bureau de bienfaisance par le maire avec l'approbation du préfet, avec ou sans concours, est affecté à cette circonscription; il est habituellement rémunéré, grâce à une somme forfaitaire variable suivant les villes. (Système adopté en majorité par les grandes agglomérations urbaines.)

D'autres villes (de moyenne importance) assurent à l'assisté le libre choix de son médecin rémunéré à la visite et suivant l'importance et la nature des interventions qu'il est appelé à pratiquer. (Système Vosgien, du nom du département qui l'a appliqué le premier).

Ce dernier mode d'assistance médicale doit être préféré à tous les autres, parce qu'il est le seul compatible avec la dignité médicale professionnelle. Seul il assure au médecin l'indépendance qui lui est nécessaire pour exercer sa profession et une juste rémunération des services qu'il rend.

En outre, l'indigent doit jouir de la liberté de confiance et être soigné au même titre et dans les mêmes conditions que tout autre individu aisé.

Le principe du libre choix est inscrit dans les lois de 1898 sur les accidents du travail et dans celle de 1919 sur les pensions militaires. Son absence dans la loi de 1893 constitue un anachronisme.

Le libre choix implique le contrôle; si ce dernier est bien organisé, il profitera à tous les intéressés, indigents comme médecins.

Les listes d'assistance doivent être établies avec le plus grand soin, toutes préoccupations de mauvais aloi devant être écartées, pour éviter les abus préjudiciables aux intérêts de la Société.

L'assistance médicale gratuite à domicile doit être développée, car les communes ont intérêt à voir diminuer le nombre de leurs journées d'hospitalisation très coûteuses. Pour des raisons d'ordre moral, il y a intérêt à ce que les malades soient soignés chez eux, au sein de leur famille, à condition que les principes d'hygiène soient appliqués, et les conditions matérielles améliorées.

Le nombre des indigents doit diminuer, par suite du développement des lois sociales de prévoyance. Les Services d'hygiène et d'assistance doivent collaborer étroitement.

Il doit être fait appel, dans les Services d'assistance, à toutes les compétences, notamment aux médecins.

Dans le même but, les grands fléaux sociaux, facteurs de misère, doivent être énergiquement combattus.

Les médecins doivent s'unir pour défendre leurs intérêts communs, notamment le libre choix et la rémunération à la visite.

L'exemple prouve que l'homme isolé est voué à l'insécurité, seules les Associations professionnelles comptent aujourd'hui. Les Syndicats médicaux doivent jouer un rôle efficace pour le contrôle des Services médicaux d'assistance. Leurs représentants doivent

siéger dans toutes les Commissions d'assistance et en nombre suffisant. Les médecins doivent avoir voix délibérative lors de l'établissement des listes d'assistance.

La loi du 15 juillet doit être modifiée dans le sens indiqué par le projet de loi de MM. Maître et Gilbert-Laurent, députés.

Il y a lieu d'envisager si le bénéfice de l'article 35 de la loi de 1893 ne doit pas être supprimé. En tout cas, il ne doit subsister que si les Services autonomes d'assistance médicale sont mis dans l'obligation d'appliquer le système Vosgien absolu.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

E. MARTIN

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 21 février 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION. — Le rôle social du médecin et l'enseignement médical professionnel	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique : Charité et solidarité ; création des Bureaux de bienfaisance, leurs buts . .	19
Organisation des Bureaux de bienfaisance . . .	20
CHAPITRE II. — Enquête sur l'organisation des Services médicaux des communes autonomes	31
CHAPITRE III. — Discussion.	46
Que penser de l'établissement des listes d'assistance?	47
Les intérêts en présence dans l'application de la loi du 15 juillet 1883	50
Libre choix. — Rémunération à la visite. — Objections. — Contrôle.	53
CHAPITRE IV. — L'assistance médicale à domicile. — Les communes ont-elles intérêt à la développer? . . .	59
CONCLUSIONS	75

